MONOGRAPHIEN AUS DEM GESAMTGEBIETE DER NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE

HERAUSGEGEBEN VON

A. **ALZHEIMER**-MÜNCHEN UND M. **LEWANDOWSKY**-BERLIN

HEFT 9

SELBSTBEWUSSTSEIN UND PERSÖNLICHKEITSBEWUSSTSEIN

EINE PSYCHOPATHOLOGISCHE STUDIE

VON

DR. PAUL SCHILDER

ASSISTENT AN DER PSYCHIATRISCHEN UND NERVENKLINIK DER UNIVERSITÄT LEIPZIG

BERLIN

VERLAG VON JULIUS SPRINGER

1914

Inhaltsverzeichnis.

Druckfehlerverzeichnis.

S. 12, Zeile 15 v. o. statt in denen — nach der.
S. 15, Zeile 12 v. u. statt zu einfach — zu einer einfach.
S. 17, Zeile 7 v. o. statt automatischen Handlungen — automatischen Handlungen solche.
S. 19, Zeile 15 v. u. statt Fremden — fremden.
S. 19, Zeile 15 v. u. statt Es — er.
S. 20, Zeile 18 v. o. statt Erlebnis — Erlebens.
S. 27, Zeile 25 v. o statt gebären — gebärden.
S. 48, Zeile 10 v. u. statt Er — es.
S. 102, Zeile 20 v. u. statt hinge — hingen.
S. 102, Zeile 16 v. u. statt in dem — den.
S. 130, Zeile 11 v. u. statt Uraschen — Ursachen.
S. 139, Zeile 22 v. u. statt ihn — sie.
S. 148, Zeile 5 v. u. statt an — um.
S. 152, Zeile 20 v. u. statt dieser Herabsetzung — dieser die Herabsetzung.
S. 152, Zeile 7 v. u. statt Charakteristiker — Charakteristika.
S. 187, Zeile 11 v. o. statt 6. XII. — 6. XII. 1912.
S. 194, Zeile 15 v. o. statt es — er.
S. 197, Fußnote 3 statt All-Eims — All-Eins.
S. 205, Zeile 22 v. o. statt ungeordnete — untergeordnete.
S. 209, Zeile 9 v. o. statt es — er.
S. 226, Zeile 18 v. o. statt Geringfügungskeit — Geringfügigkeit.
S. 226, Zeile 26 v. o. statt vollkommener — unvollkommener.
S. 227, Zeile 6 v. o. statt die — bei.
S. 229, Zeile 15 und 12 v. u. statt Patienten — Patientin.
S. 249, letzte Zeile statt Personen in — Personen, die in.

Einleitung.

Ich, Selbstbewußtsein und Persönlichkeit.

I.

Wenn wir unbefangen festzustellen versuchen, was wir als das Ich eines anderen bezeichnen und was wir zu seiner Persönlichkeit rechnen, so ergibt sich etwa folgendes: Jener andere präsentiert mir zunächst eine Persönlichkeit aus einem bestimmten Volksstamme und aus einer bestimmten sozialen Schichte. Aber ich bin mir stets bewußt, daß die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Nationalität, die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gesellschaftsklasse einen Träger voraussetzen. Jener Träger bleibt immer der gleiche; wenn ich auch etwa erfahren sollte, daß ich mich in der Zuordnung zu einer bestimmten Nation geirrt habe, oder wenn es sich auch ereignen sollte, daß er durch Schicksalsschläge aus seiner sozialen Position verdrängt wird. Wir wundern uns nicht, wenn der Held der Tragödie aller äußeren Ehren beraubt, versichert, noch sei er, er selbst und wir werden uns dabei bewußt, daß all dieses nur Hülle und Schale gewesen ist. In viel innigerer Weise scheint uns der andere durch seinen Körper repräsentiert zu sein und wenn wir uns auch nicht verhehlen, daß Kind und Greis nur geringe Ähnlichkeit besitzen, suchen wir doch die Züge des einen im Antlitz des anderen wiederzuerkennen und erwarten im Grunde doch ein und dasselbe wieder zu finden. Auch die Wissenschaft stützt diese Annahme einer besonderen Eigenart des individuellen Organismus. Überpflanzungen von Organen gelingen dann am sichersten, wenn das Organ innerhalb desselben Organismus überpflanzt wird. Gleichwohl denken wir an anderes, wenn wir von Ich und Persönlichkeit sprechen. Wir denken an ein eigenartiges psychisches Geschehen und sogar innerhalb des Psychischen pflegen wir noch zwischen Charakter und Erfahrung zu sondern. Die Denkweise des praktischen Lebens ist in dieser Hinsicht durchaus konsequent. Wir pflegen es als Beleidigung aufzufassen, wenn der Versuch gemacht wird, unsere Persönlichkeit als einfache Summe des Gelernten und Erlebten darzustellen. Die Denkweise des praktischen Lebens fordert also etwas als Grundlage der Persönlichkeit, das nicht erfahren und nicht gelernt ist.

Auch die Beobachtung des eigenen Innenlebens ergibt, wenigstens dann, wenn wir uns mit den Augen der anderen, das heißt, vom Standpunkte des sozialen Lebens aus betrachten, keine Notwendigkeit von diesem Standpunkt abzugehen. Die Schwierigkeiten beginnen erst in jenen Momenten, wo wir uns

rein betrachtend in das eigene Innenleben versenken. Es muß in der Tat zugegeben werden, daß dann ein Icherlebnis zu mangeln scheint und auch die Konstanz und Einheitlichkeit des Ich erscheint nicht immer gewahrt.

Es ist ein Problem von großer Bedeutung, ob in der Tat das Icherlebnis jenen Momenten fehlt und ob die tiefere Betrachtung nötigt, den oben skizzierten Standpunkt des täglichen Lebens zu verlassen.

Man würde zunächst versuchen, die entwicklungsgeschichtliche Methodik zur Klärung der Frage heranzuziehen. Wer sich mit Tierpsychologie beschäftigt hat, wird zugeben, daß hier Möglichkeiten zu einer genetischen Erklärung des Ichbegriffs und des Ichproblems nicht ohne weiteres gegeben sind. Vielmehr reflektiert sich in den entsprechenden Anschauungen auf diesem Gebiete nur das, was auf anderem Wege über das Problem ermittelt wurde [1]).

Aussichtsreicher erscheint eine Untersuchung, die sich auf völkerpsychologische Methodik [2]) stützt. Es liegt in der Tat ein Aufsatz von Flügel vor, doch ist die Behandlung der Frage eine durchaus schematische und führt nicht weiter. In den Quellenschriften findet man manches einschlägige, doch ist die Deutung keineswegs leicht zu geben. Eine Deutung des wertvollen empirischen Materiales scheint vielmehr nur dann möglich zu sein, wenn wir an es herantreten mit einer Methodik, welche uns erlaubt, zu sichten und zu ordnen.

Auch die Kinderpsychologie ist nicht geeignet, hier klärend zu wirken. Bestehen doch selbst Kontroversen darüber, in welcher Weise das Wort Ich zum ersten Mal auftaucht. Ja es scheint, daß sich hierüber keine allgemeinen Regeln aufstellen lassen (vgl. Meumann und Gheorgoff, C. u. W. Stern). Einzelne Tatsachen aus diesem Gebiete sind für unser Problem natürlich interessant und bedeutungsvoll. So z. B., wenn W. Stern angibt, daß Kinder die Photographien der Personen ihrer Umgebung außerordentlich früh erkennen. Doch wird man auch diese Tatsachen erst dann sinngemäß verwerten können, wenn auf anderem Wege die Grundlagen für eine Behandlung des Problems gewonnen sind.

Unser Weg ist der, daß wir uns zunächst im Groben phänomenologisch zu orientieren versuchen und dann die gewonnenen Kriterien verwenden zu einer Durchforschung empirischen Materiales aus einem anderen Gebiete: der Psychopathologie.

Wir meinen die Phänomenologie, wie sie Husserl entwickelt hat, als eine Normwissenschaft des Seelischen, die im reinen Erschauen gegeben ist. Wenn ich die Welt des Wirklichen nicht mehr beachte und den Blick richte nach den Sphären, welche das Gebiet des reinen „cogito“ darstellen, dann treibe ich Phänomenologie. „Individuelles Sein jeder Art ist, ganz allgemein gesprochen zufällig. Es ist so, es könnte seinem Wesen nach anders sein. Mögen auch bestimmte Naturgesetze gelten, vermöge deren, wenn die und die realen Umstände faktisch sind, die und die bestimmten Folgen faktisch sein müssen: solche Gesetze drücken doch nur faktische Regelungen aus, die selbst ganz anders lauten könnten und die schon voraussetzen als zum Wesen von Gegenständen möglicher Erfahrung von vornherein gehörig, daß dergleichen von ihnen geregelte Gegenstände an sich selbst betrachtet zufällig sind. Aber der

---

[1]) Vgl. z. B. bei Ribot.

[2]) Zu vgl. Wundt: Völkerpsychologie.

Sinn dieser Zufälligkeit, die da Tatsächlichkeit heißt, begrenzt sich darin, daß sie korrelativ bezogen ist auf eine Notwendigkeit, die nicht den bloßen faktischen Bestand einer geltenden Regel besagt, sondern den Charakter der Wesensnotwendigkeit und damit auch Beziehung auf Wesensallgemeinheit hat.“ Diese Welt der Wesenseinheiten erschließt sich, wenn ich die reale Welt mit einer neutralisierenden Klammer versehe, sie weder bejahe noch verneine, sondern ihr individuelles Dasein dahingestellt sein lasse. Es verbleibt dann eine Erlebnissphäre des reinen Bewußtseins, in der ich das Wesen der Wahrnehmungserlebnisse erschauen kann, in der ich mir das Wesen der Wahrnehmung (etwa einer Wahrnehmung des Baumes) vergegenwärtigen kann.

Und eben auf jene Wesensanschauung zielt die Phänomenologie, sie hat nichts zu tun mit dem realen empirischen Erleben der Psychologie (vgl. im Gegensatz hierzu Messer). Daß die Phänomenologie Husserls keine gereinigte deskriptive Psychologie ist — eine Mißdeutung, welche einzelne Äußerungen der ersten Auflage der logischen Untersuchungen allerdings nahelegten —, betone ich hier schon deshalb, weil Jaspers diesen Begriff der Phänomenologie den Psychopathologen vermittelt hat (freilich ohne direkte Beziehung auf Husserl zu nehmen). Hier verweise ich nur noch darauf, daß diese Methodik ihren heuristischen Wert bereits erwiesen hat. Die denkpsychologischen Untersuchungen der Külpeschen Schule knüpfen an die Ideengänge Husserls an (insbesonders Bühler). Gerade diese Forschungen sind aber von einer kaum abzuschätzenden Bedeutung für die Psychopathologie. Das wird auch von Pick in seinem Buche über Agrammatismus nachdrücklich hervorgehoben.

Ich bin überzeugt, daß das psychopathologische Material sich auch in der Sprache der Assoziationspsychologie darstellen läßt. Ich glaube aber, daß eine widerspruchsfreiere Ordnung mittelst der hier verwerteten phänomenologischen und psychologischen Untersuchungen möglich ist. Ich hoffe das im weiteren Verlauf der Arbeit zeigen zu können.

II.

Wir untersuchen zunächst, ob und in welcher Weise in der Wahrnehmung ein Ich enthalten ist.

Der einfachste Fall von Wahrnehmung ist die Wahrnehmung eines einfachen Sinnensinhalts, einer Farbe oder eines Tones. Nach Hume und Mach gibt es eine Empfindung, ohne daß ein Ich da ist, welches empfindet. Mit Lipps lehne ich eine Perzeption an sich ab und vermeine: „Das Wort Perzeption ist der kurze Ausdruck dafür, daß „ich“ etwas perzipiere. D. h. das Wort wird sinnlos einerseits, wenn ich das Etwas wegnehme, das perzipiert wird. Und es wird ebenso sinnlos, wenn ich das Perzipieren wegnehme. Es wird aber endlich nicht minder sinnlos, wenn ich das perzipierende Ich in Gedanken weglasse. Aber dies eben tut man. Dann hat man sachlich nichts mehr. Nur das Wort „Perzeption“ ist gerettet.“ Wir stehen aber in Wirklichkeit nicht einfachen Sinneseindrücken gegenüber, sondern Gegenständen. Selbst wenn ich „Rot“ sehe, ist das Erlebnis nicht etwa, daß ich die Empfindung rot habe, sondern ich sehe einen roten Gegenstand. Ich sehe durch die Fülle der Abstufung der Empfindung hindurch ein einfaches unverändertes Rot.

Wir wollen eine einfache Dingwahrnehmung zu analysieren versuchen.

Wenn ich meinen Blick auf einen Tisch richte, so sehe ich unmittelbar vor mir eben diesen Gegenstand. Die Beleuchtung mag, während ich den Tisch beachte, einem fortwährenden Wechsel unterliegen, ich sehe doch den gleichen Tisch. Die Änderungen der Empfindungen, die sich vollziehen, während ich den Tisch beachte, werden überhaupt nicht wahrgenommen [1]). Zwar sind meine Augen niemals ruhig, sie schwanken ständig, auch wende ich den Kopf hin und her. Aber alle diese unendlich zahlreichen Abstufungen, welche die Empfindungen hierdurch erfahren, ändern nichts daran, daß ich den Tisch als gleichen vor mir sehe. Ich kann auch näher an den Tisch herantreten, kann ihn betasten, ihn von einer anderen Seite ansehen, es bleibt der gleiche Tisch. Wir sagen, hier liegt ein auf einen Gegenstand gerichteter Akt vor und unter- Akterlebnissen verstehen wir eben solche, in denen uns „Inhalte" gegenständlich werden. Von jedem Gegenstand ergibt sich eine unendliche Fülle derartiger Abschattungen. Habe ich aber eine derartige Wahrnehmung des Tisches vollzogen, so kann ich nun meine Aufmerksamkeit auf dieses oder jenes Merkmal des Gegenstandes richten, etwa auf eine seltsame Verzierung des Tisches oder die auffallende Form der Platte. Ich kann an dem Tische eine Fülle von einzelnen Besonderheiten und Merkmalen sehen. Aber indem ich jedes einzelne dieser Merkmale beachte, wird es mir gegenständlich und ich vollziehe einen Akt. In jedem dieser Akte lebt nun das Ich. Ist nun, so kann man fragen, in dieser Wahrnehmung des Dinges Tisch mit seinen vielen Merkmalen nicht schon ein vielfaches Icherlebnis enthalten? Aber schließlich fasse ich alle die Akte, welche auf einzelne Merkmale gerichtet waren, zusammen in die Wahrnehmung des so und so bestimmten Tisches und diese Wahrnehmung des so und nicht anders gearteten Tisches ist für mich nur ein unteilbares Erlebnis in dem wieder ein unteilbares Ich lebt. Das Gesamterlebnis ist schließlich mit den Worten beschrieben: Ich nehme den Tisch wahr. Von einer Vielheit der Icherlebnisse kann dabei nicht die Rede sein. Der Gegenstand Tisch wird schließlich in einem einheitlichen Akte gemeint.

Aber ich meine den Tisch nicht als isoliertes, sondern er hebt sich von einem mehr oder minder deutlich gegebenen Hintergrunde ab und gerade dieses Abgehobensein des Tisches von allem übrigen ist mit gemeint, wenn ich sage, ich nehme den Tisch wahr. Die Wahrnehmung hebt also einen bestimmten Gegenstand aus allen übrigen heraus und ich bin in dem Akte, der den Tisch in seiner Umgebung erfaßt, darin. Es ändert nichts an der Sachlage, wenn eine Vielheit von Gegenständen so herausgehoben wird, wenn ich etwa einen Tisch und einen Stuhl in einem Erlebnis herausnehme. Sie bilden gegenüber dem Gestaltlosen, aus dem sie hervorgehoben wurden, eine neue Einheit, die sich durch die Art, wie sie erlebt wird, charakterisiert. Ebenso wie die Vereinheitlichung im Akte der Wahrnehmung sich über räumliche Grenzen hinwegsetzt, setzt sie sich auch über zeitliche hinweg. Es gibt ein einheitliches Erleben eines Buches, auch wenn dieses im Verlauf mehrerer Tage durchgelesen wird. Es gibt ein einheitliches Erleben von Musikstücken. Es wird die Eroika gleichsam mit einem Blicke überschaut. Auch hier muß von Vereinheitlichung gesprochen werden, und in diesem einen Blick ist eben das Ich darinnen, es lebt

[1]) Die Empfindungen und die sie „auffassenden" oder apperzipierenden Akte werden hierbei erlebt, aber sie erscheinen nicht gegenständlich, sie werden nicht gesehen, gehört, mit irgend einem Sinne wahrgenommen (Husserl).

in diesem aktmäßigen Erfassen und wir beschrieben Icherlebnisse, als wir von den verschiedenen Arten des Wahrnehmens sprachen. Nicht bloß das Erlebnis des Vordergrundes ist ein Icherlebnis, sondern das Erlebnis des Hintergrundes trägt als wesentliches Merkmal in sich, daß auch der Hintergrund von einem Ich erlebt wird und daß alles so gegebene jederzeit zu einem vollen Erleben des Ich werden kann. Und eben dieses eigenartige Erleben verschmilzt wieder mit dem Erfassen des Gegenstandes, der im Vordergrunde steht.

Es ist zu fragen, wie denn dieses: ich nehme wahr, gedacht werden muß. Ob das Ich, von dem ich spreche, nicht gedacht werden kann und gedacht werden muß als eine Summe alles dessen, was überhaupt jemals erlebt wurde, eine Summe der anderen Wahrnehmungen, Erinnerungen, Gedanken, Gefühle und Strebungen. Diese Bündeltheorie des Ich lehne ich schon deshalb ab, weil jedes dieser Erlebnisse einen Ichbestandteil bereits in sich enthält. Ich meine also nicht, daß das Ich als Subjekt zum Objekt hinzugedacht werden muß, weil ein Objekt ohne Subjekt nicht denkmöglich ist, sondern ich meine, daß ich ein Ich konstatieren kann, wenn ich mir das: ich nehme wahr vor mein inneres Auge hinstelle und mir rein vergegenwärtige. Mit jeder Perzeption ist, so meine ich, ein Ich untrennbar gegeben. Ich komme also zu der Anschauung, daß das Ich keinen denknotwendigen Beziehungspunkt, sondern ein unmittelbar gegebenes Erlebnis darstellt.

Sofort taucht die weitere Frage auf, in welcher Weise denn das Icherlebnis in dem Wahrnehmungsakt gegeben ist. Man könnte es suchen im Inhalt, also in den Empfindungen, die durch den Akt gesehen und gegenständlich gemacht werden. Aber diese Annahme haben wir ja bereits abgelehnt, denn sonst müßten wir ja zu der Anschauung kommen, daß es auch Empfindungen geben kann, welche nicht Empfindungen eines Ichs sind. Das haben wir aber bereits abgelehnt.

Wir finden vielmehr das Ich im Akte enthalten. Es liegt nicht in der Materie [1]) des Aktes. Es ist ohne weiteres klar, daß keine Modifikation des Icherlebens dann eintritt, wenn ich das eine Mal wahrnehme: ein gleichseitiges Dreieck und das andere Mal: ein gleichwinkeliges Dreieck.

Das Ich wird aber auch dadurch nicht verändert, daß ich den Gegenstand das eine Mal als einen wirklichen und das andere Mal als einen phantasierten meine. Es hat also auch mit der Qualität des Aktes nichts zu tun.

Es ist eben dasjenige, welches in nicht näher beschreibbarer Weise gesetzmäßig den Akterlebnissen verbunden ist. Während jedoch Materie und Qualität der Akte eines Individuums so außerordentlich variieren können, ist der Ichcharakter aller dieser einförmig derselbe. Er wird ständig erlebt und haftet an jedem Erlebnis. Inwieweit auch er Modifikationen zugänglich ist, ist ja das Thema aller unserer Ausführungen. Es wird sich nun ergeben, daß dieses einförmige und konstante Ich gleichsam den Widerschein der Akte über sich

[1]) Husserl unterscheidet Qualität und Materie des Aktes, wobei unter Materie das Gegenständliche, welches der Akt meint und die Weise, in welcher der Gegenstand gemeint ist, verstanden wird. Ich kann z. B. sagen: ein gleichseitiges Dreieck und ich kann auch sagen: ein gleichwinkeliges Dreieck und meine in beiden Fällen den gleichen Gegenstand. Gleichwohl ist er auf verschiedene Weise gemeint.

Unter Qualität des Aktes wird verstanden die gegenständliche Setzung in den verschiedenen Arten des Urteilens, Wünschens, Wahrnehmens und Vorstellens.

gebreitet hat, die von ihm ausstrahlten. Wir sprechen im folgenden vom Selbst, wenn wir eben diese eigenartigen Tingierungen des Ich je nach den Akten, die von ihm ausstrahlen, meinen.

Scharf getrennt werden muß von dem schlichten Erleben des Ich das Wissen von diesem Erleben. Und hier muß ich denjenigen Recht geben, welche behaupten, daß das Subjekt nicht sein eigenes Objekt sein könne. Wenn ich vom Icherleben weiß, ist das Ich in dem Akte des Wissens wieder enthalten und nicht in dem früheren Icherlebnis. Zweifellos liegt in dem Momente, wo ich sage, ich weiß, daß ich wahrnehme, das Icherlebnis im Wissen und nicht im Wahrnehmen. Es scheint also dann nicht einmal eine besondere Vereinheitlichung des Wissens und des Wahrnehmens notwendig zu sein. Wir trennen also Selbstbewußtsein vom Icherlebnis. Dieses ist im Aktvollzuge bereits gegeben.

Wir haben eine wichtige Gruppe neuer Erlebnisse zu berücksichtigen. Ich kann den Akt des Wahrnehmens vollziehen in der Art, daß sich das Erlebnis des Hintergrundes, dem des eigentlichen Sehens rückhaltlos fügt. Es kann aber dieser Hintergrund derart beschaffen sein, daß außer dem Tisch, den ich aktuell wahrnehme, noch anderes begehrt in voller Gegenständlichkeit aufmerksam gefaßt zu werden. Dieses Erlebnis wird sich auch bemerkbar machen in dem Akte des Erfassens des Tisches. Ich werde gleichsam nur mit halber Seele, mit halber Aufmerksamkeit bei der Erfassung des Tisches sein. Jetzt ist es so, daß in dem Erlebnis des Hintergrundes etwas enthalten ist, welches zum Vordergrunde hindrängt. Alles das wird von dem Ich wieder in einem Blicke gesehen. Der Vordergrund, der Hintergrund und das Vordringen des Hintergrundes. Gleichwohl haben wir zwei verschieden gerichtete Tendenzen (das Wort im allgemeinsten Sinne genommen) vor uns und diese Tendenzen werden in dem Akte der Wahrnehmung des Tisches nicht vereinheitlicht. Wir sprechen in diesem Falle von einer mangelnden Vereinheitlichung der aktuellen Tendenzen. Wir betonen, daß wir hiermit anderes meinen als die Einheitlichkeit der Wahrnehmung und wir wollen im folgenden Vereinheitlichung schlechthin und Vereinheitlichung aktueller Tendenzen auseinanderhalten. Wir haben also festgestellt, daß eine eigenartige Abänderung des Erlebens dann eintritt, wenn verschiedene aktuelle Tendenzen des Wahrnehmens vorhanden sind, die nicht vereinheitlicht werden.

Aber die nicht berücksichtigte zweite Tendenz kann in sehr verschiedener Art in das Erleben eingehen. Sie kann gleichsam ausdrücklich in dem Vordergrundserlebnis mit erlebt werden. Sie wird gleichsam als Widerspruch mit erlebt und die Wahrnehmung ist eine widersprochene. Der eigenartige Aktcharakter dieses widersprochenen Erlebens ist das Erlebnis der Unechtheit. Es ist jedoch neben diesem Erleben dieser Lösung des Konfliktes der aktuellen Tendenzen noch eine zweite möglich. Es kann die aktuelle Tendenz, welche erlebt wird, als Hintergrundserlebnis einfach neben die andere hingestellt werden, d. h. es wird in diesem Falle gar nicht zu einem Widerspruch kommen, sondern die nicht zur Wirkung gekommene Tendenz ist einfach vorhanden und beeinträchtigt die Art des Erfassens des Gegenstandes im Vordergrund nur insoweit, als in dem Vordergrundserlebnis nicht jene volle Aktivität vorhanden ist, die ihm normaler Weise zukommen würde. Es wäre in diesem Falle gleichsam nur eine Zersplitterung des Erlebens vorhanden. Es wird die Wahrnehmung, welche das Hervortreten aus dem Hintergrund fordert, vernachlässigt.

Es könnte scheinen, daß wir mit diesen Ausführungen Hypothesen aufstellen. Angestrebt ist jedoch eine reine Tatsachendarstellung zu geben, es wurden zwei Arten Erlebens beschrieben: 1. jene eigenartige Färbung des Akterlebens, wenn aktuelle Tendenzen anderer Art widersprechen und 2. jene, wenn ich so sagen darf, relative Unverändertheit des Erlebens, wenn anders gerichtete aktuelle Tendenzen zwar vorhanden sind, aber nicht ausdrücklich in das Erleben einbezogen werden [1]). Wir müssen also sagen, eine Vereinheitlichung im strengsten Sinne findet in beiden Fällen nicht statt, sie wird gleichsam angebahnt in dem ersten Falle, sie wird nicht einmal versucht in dem zweiten.

Wir sprachen wieder nur von einer Vereinheitlichung der Tendenzen. Jene Zusammenfassung im weitesten Sinne, daß die Erlebnisse sowohl des direkt gefaßten Gegenstandes als auch die der nur im Faßbereich des Ich gelegenen Gegenstände in ein Erlebnis zusammengefaßt werden, jene findet freilich statt. Es ist eben die Zusammenfassung in der Einheit des Ich.

Es ist im vorangehenden eine Vereinfachung im Interesse der Darstellung insofern vorgenommen worden, als wir als Hintergrund des Wahrnehmungsgegenstandes nur Wahrnehmungsgegenstände annahmen. Wir müssen scharf betonen, daß dieser Hintergrund nicht bloß durch Gegenstände möglicher Wahrnehmung gebildet wird, sondern daß dieser Hintergrund auch Gefühle, Strebungen, Gedanken und Vorstellungen umfaßt. Die Widersprochenheit einer Wahrnehmung kann auch ausgehen von einem Gefühl, von einer Vorstellung etc. Alle diese Modifikationen des Icherlebens ändern nichts daran, daß es ein Icherleben ist. Wir haben nur verschiedene Seiten und Möglichkeiten desselben beschrieben. Wir haben gleichzeitig gezeigt, in welcher Weise die Einheitlichkeit des Icherlebens in allen diesen Fällen gewahrt ist und haben die besondere Art dieser Einheitlichkeit beschrieben.

Unsere Erwägungen führten zu einer reinlichen Scheidung von Icherlebnis und Selbstbewußtsein. Wir fügen hinzu: Selbstverständlich können die verschiedenen Arten des Icherlebens in einem neuen Akte gefaßt werden. Das Individuum kann wissen, daß es in unechter Weise, in widersprochener Weise wahrnimmt. Es kann auch wissen, daß es nicht mit der vollen ihm zu Gebote stehenden Kraft (dieser Ausdruck ist bildlich) wahrnimmt. Es wird dann das Individuum sagen, können, ich bin verändert und zwar mit einem guten Sinn. Wir werden jedoch diesen Ausdruck dahin korrigieren, daß wir sagen, neuartige Icherlebnisse sind vorhanden, diese aber sind gleichwohl wieder Erlebnisse, welche dem gleichen Ich zugehören. Und wir werden sagen, daß das Selbstbewußtsein des Individuums Veränderungen erlitten hat. Das Ich selbst bleibt uns unverändert und konstant. Denn wir haben im vorangehenden gezeigt, daß jedem Erleben ein Ichmoment innewohnt, eine Behauptung, die sinnlos wäre, wenn wir unter Ich etwas verstünden, was dem ständigen Wechsel unterworfen ist. Dieses Ich ist uns etwas, was keine Veränderungen eingeht. Wir behaupten also nicht bloß, daß das Icherlebnis ein spezifisches sei, sondern auch, daß dieses spezifische Erleben ein konstantes und unveränderliches ist. Es ist eben: Ich.

---

[1]) Meines Erachtens finden sich auch in diesem Falle qualitative Abänderungen des Vordergrunderlebens, nur in geringerem Grade.

III.

Sehr ähnliche Erwägungen, wie sie sich uns im vorangehenden betreffs der Wahrnehmung aufdrängten, lassen sich für die Gefühle und Gemütsbewegungen anstellen. Ein Gefühl, ohne ein Ich das fühlt, ist, wie ich mit Lipps hervorheben muß, nicht denkbar. Es erscheint uns jedoch notwendig, zunächst noch mit einigen Worten auf die Gegenständlichkeit der Gefühle einzugehen. Nach Lipps, dem sich Oesterreich anschließt, stehen die Gefühle dem Ich nicht gegenständlich gegenüber, sondern sind Ichzuständlichkeiten. Das bekannte Beispiel von Lipps ist, man könne nicht sagen, man sei farbig oder sauer, wenn man Farbe oder Sauerkeit empfinde, man sage aber mit gutem Rechte: ich bin lustig, erfreut, traurig etc. Demgegenüber ist folgendes zu bemerken. Betrachten wir irgend etwas Rotes, so knüpft sich an das Rot irgend ein Gefühl und dieses lokalisieren wir, eben dort, wo wir das Rot sehen, d. h. wir stellen das Gefühl gleichsam vor uns hin, ebenso wie wir auch sonst Gegenstände vor uns hinstellen. Das gleiche gilt von den Annehmlichkeiten und Unannehmlichkeiten der Geschmacks- und Geruchseindrücke. Wir stellen auch diese vor uns, d. h. es sind Gegenständlichkeiten und nicht Zuständlichkeiten. Ich lokalisiere die Angst, die ich fühle, in der Herzgegend oder im Kopfe. Sie ist für mich irgendwo in meinem Körper. Auch die Unlust am Zahnschmerz, den ich empfinde, steht mir gegenüber. Es gibt also phänomenologisch einen sehr guten Sinn, wenn Stumpf von Gefühlsempfindungen spricht. Wir betonen also, daß Gegenständliches jedenfalls vorliegt. Die Analyse von Geiger, welcher seinen Versuchspersonen Farben und Landschaften vorlegte, spricht im gleichen Sinne. In allen diesen Fällen tritt mir das Gefühl gegenüber.

Eine scheinbare Ausnahme bieten die Stimmungen. Aber man hat sich von der Sprache irre führen lassen. Die Stimmung ist nicht etwa ein stets vorhandener Ärger, sondern es ist die ärgerliche Stimmung darin gegeben, daß der Ärger durch Gegenstände besonders leicht ausgelöst wird. Der Ärgerliche ärgert sich über Vorstellungen und Gedanken, welche diesen Affekt sonst nicht bei ihm ausgelöst hätten. Es sind ihm diese Gedanken und Vorstellungen ärgerlich. Ich sehe also in dem Ausdruck ich bin ärgerlich nicht die Tatsache, daß tatsächlich ein gegenstandsloser Ärger besteht, sondern die Sachlage ist die, daß eine besondere Disposition der Auslösung des Ärgers vorhanden ist. Und dieser Ärger haftet gleichsam an den Dingen, er hängt an ihnen. Oder noch besser es besteht die Tendenz den Ärger an die Erlebnisse zu binden. Mit andern Worten auch bei der ärgerlichen Stimmung bleibt der Ärger an den Gegenstand gebunden, und ist Teil desselben. Die gleichen Erwägungen gelten für die traurige und heitere Stimmung.

Wir haben gezeigt, daß die Gefühle gegenständlich Faßbares enthalten, in dem gleichen Sinn, wie in den Empfindungen gegenständlich Faßbares enthalten ist. Gleichwohl wäre es falsch zu leugnen, daß die Gefühle auch Ichzuständlichkeiten sind. Das lustbetonte Ereignis, in dessen Aufbau die Gefühlsempfindung Lust mit einbezogen ist, ist eben noch dadurch charakterisiert, daß ich mich demselben lustvoll zuwende. Es liegt also auch in der Zuwendung selbst etwas gefühlsmäßiges, es ist eben eine fühlende Zuwendung. Es ist also eine Intention auf das Erlebnis selbst vorhanden und auf diese baut sich eine Intention auf die Wohlgefälligkeit des Ereignisses. Diese zweite Intention hat

aber den Aktcharakter des Fühlens, ich meine eben die Lust an dem Gegenstande anders, als ich den Gegenstand selbst meine. Nun haben wir immer wieder die engen Beziehungen zwischen Ich und intentionalem Meinen betont. Da wir das Fühlen auch als besondere Form des aktmäßigen Erfassens erkannt haben, so muß sich auch das Ich in diesem aktmäßigen Erfassen in besonderer Weise aussprechen.

Wir verdeutlichen unsere Auffassung in folgender Weise. Wenn ich einen Gegenstand wahrnehme und ihn als wirklichen meine, so bietet die Empfindung das Material zu der Wahrnehmung. Ärgere ich mich über den Gegenstand, so kommt zu der Empfindungsmasse noch ein sinnliches Gefühl hinzu. Gleichzeitig ist die Intentionalität, welche auf das Ereignis gerichtet ist, eine andere geworden. Wir unterscheiden also an Gefühlen einen sinnlichen und einen aktmäßigen Bestandteil.

Man könnte nun denken, es läge in dem Falle des lustvollen Rot, oder der traurigen Landschaft nur der sinnliche Bestandteil des Gefühles vor. Es ist jedoch in diesem sinnlichen Bestandteil die Forderung enthalten, intentional gefaßt zu werden und zwar mit der ihm entsprechenden Intentionalität. Zu mindest liegt also in derartigen Erlebnissen der Keim, die Tendenz einer lustvollen oder traurigen Zuwendung. Ich komme darauf noch im folgenden zurück.

Wir haben hinzuzufügen, daß sich die Gültigkeit dessen, was wir oben für die Wahrnehmung ausgeführt haben, auch auf das Gefühl erstrecken muß. Denn auch das Gefühl ist ja Inhalt, das erst durch den Akt seine spezifische Beseelung enthält. Es schließt sich also an die große Fülle der Wahrnehmungsakte die Summe der Gefühlsakte. Das Ich, das in den Gefühlsakten lebt, ist aber durchaus identisch mit dem Ichmomente der Wahrnehmung. Wenn sich nun in der Freude über etwas, die gegenständliche Erfassung des Wirklichen und die Freude an diesem Sachverhalt in enger Bindung zu einem neuen Erleben zusammenfassen, so ist ebenso wie dieses Erlebnis selbst das Ich, welches darin enthalten ist, ein durchaus einheitliches. Freilich ist diese Einheitlichkeit eine andere als wenn ich Tisch und Stuhl in einem inneren Blicke überschaue. Man kann sagen, daß auch die Einheit des Icherlebens in beiden Fällen eine verschiedene ist und deshalb mußte auch auf diese Erlebnisarten an dieser Stelle verwiesen werden.

Und jetzt können wir hinzufügen, daß die Ausführungen über aktuelle Tendenzen und über ihre Vereinheitlichung auch für das Gefühlsleben Gültigkeit besitzen. Und ich glaube sogar, daß wir die beiden Fälle des Widerspruchs und des Nebeneinanderstehens der aktuellen Tendenzen noch klarer herausheben können als es bei der Wahrnehmung möglich war. Ich kann mich über einen Gegenstand gleichzeitig freuen und ärgern. Freude und Ärger können gleichsam nebeneinander stehen, ohne sich gegenseitig zu berühren (es sei ausdrücklich hervorgehoben, daß wir uns nicht darum kümmern, ob eine strenge Gleichzeitigkeit vorhanden ist. Wir haben schon oben hervorgehoben, inwieweit für Akterlebnisse Zeitmaßstäbe Gültigkeit haben.) Die Ichstrahlen, welche getrennt zu Freude und zu Ärger ziehen, werden nicht vereinheitlicht. Sie werden allerdings zusammengefaßt in einem Ich, welches der Gesamtsituation gegenübersteht. Wiewohl also eine Vereinheitlichung nicht eintritt, kann doch nicht von einer Vielheit der Icherlebnisse gesprochen werden.

Das Gesamterlebnis wird nun ein ganz anderes sein, wenn der Ärger zu der

Freude gleichsam in Beziehung gesetzt wird. Wenn ich einesteils den Ärger nicht voll erlebe, weil ihm von der gleichzeitigen Freude widersprochen wird und wenn ich die Freude nicht voll erlebe, weil sie von dem gleichzeitigen Ärger Widerspruch erfährt. Es ist eine neue Bindung dieser aktuellen Tendenzen erfolgt, es hat eine Durchdringung stattgefunden, die jedoch nicht zu einer vollkommenen Synthese geführt hat. Es liegt also eine neue Zusammenfassung besonderer Art vor. Von einer vollkommenen Synthese, von einer vollkommenen Vereinheitlichung müßte dann gesprochen werden, wenn ich mich dazu durchringe, etwa den Ärger gleichsam in die Freude mit aufzunehmen, gleichsam eine Freude zu erleben, die den Ärger besiegt hat oder umgekehrt einen Ärger zu erleben, der die Freude besiegt hat. In diesem Ärger und in dieser Freude sind die entgegenstehenden Gefühle gleichsam in ihrer vollen Wertigkeit enthalten, es sind Gefühlserlebnisse, welche die aktuellen Tendenzen des Individuums zu einer vollen Synthese bringen. In dem Falle des Widerspruchs dagegen kann jedoch von einer vollkommenen Synthese nicht gesprochen werden. Das sind jene Fälle, in welchen nach dem Ausdrucke von Haas den Gefühlen aus tieferer Schichte widersprochen wird. Es sind das die unechten Gefühle. Wir haben ergänzend hinzuzufügen, daß der Widerspruch auch repräsentiert werden kann durch andersartige Erlebnisse. Wieder haben wir in den gegebenen Beschreibungen Icherlebnisse beschrieben und wir halten gerade jene verschiedenen Arten der Zusammenfassung für außerordentlich wichtig zur reinen Beschreibung der Icherlebnisse.

Eine Freude, ein Ärger kann nun auf sehr verschiedene Art gegeben sein, auch wenn ein Widerspruch nicht vorhanden ist. Das Gefühl kann sich abheben von einem indifferenten Hintergrunde. Dieser Gefühlshintergrund kann aber in dem Erleben einen breiten Raum einnehmen oder er kann zurücktreten gegenüber dem eben erlebten Gefühl. In dem ersten Falle werden wir von einer flachen, in dem anderen von einer tiefen Freude sprechen. Die tiefe Freude verlöscht ihren Hintergrund. Man kann bildlich sagen, daß ein gewisses Maß psychischer Aktivität vorhanden ist und daß sich dieses zwischen Hintergrund und Vordergrund verteile. Wenn ich mich über Geringfügiges freue, so erlebe ich diese Freude auf dem Hintergrunde der banalen Wünsche des Tages und diese fügen sich nicht etwa der Freude, sie sind neben ihr. Aber sie widersprechen ihr auch nicht. Sie sind gar nicht ausdrückliches Erlebnis, sie fordern auch nicht erlebt zu werden, aber sie sind doch eben da. Die tiefe Freude, so sagte ich, verlöscht diesen Hintergrund. Es sind dann neben der Freude keine anders gerichteten Tendenzen, es sind die Möglichkeiten zu einem anderen Erleben als zu einem freudigen verringert. Immer aber wird die Situation schließlich als ganzes in einem vereinheitlichenden Akte umspannt. Dieser vereinheitlichende Akt enthält also auch den Widerspruch aus der tiefen Schichte, falls ein solcher vorhanden ist. Oder er enthält den ungeklärten Hintergrund, neben dem Akte, der sich von diesem abhebt. Bei der engen Beziehung, welche nach Husserl zwischen dem intentionalen Meinen und der Aufmerksamkeit bestehen, bedeutet das nichts anderes, als daß die aufmerksame Erfassung der Gesamtsituation etwas Einheitliches darstellt. Wir sehen also, daß schließlich die Einheit des Ich in einer jeweils gegebenen Situation auf das strengste gewahrt bleibt, sei es, daß die Gesamtsituation aus gleichgerichteten oder aus nicht gleichgerichteten Tendenzen besteht.

Eine neue Komplikation kann daraus entstehen, daß die Art, wie ich der Situation gegenüberstehe, Gegenstand eines neuen Meinens werden kann. Aber gerade diese an sich komplizierteren Fälle bieten für eine Lehre, welche die Einheit des Ichs verteidigt, keine Schwierigkeiten. Das Ich ist eben jetzt in dem neuen gegenständlichen Meinen enthalten.

IV.

Wir wenden uns jetzt den Gebieten des Denkens und Wollens zu und werden hier auf sehr ähnliche Probleme stoßen wie bei der Betrachtung des Wahrnehmens und Fühlens. Ich knüpfe hierbei vorwiegend an die Untersuchung von Lipps über Fühlen, Wollen und Denken an. Nach Lipps wird im Entschlusse Grund und Gegengrund zu einer neuen Einheit vereinheitlicht. In dem vollzogenen Entschlusse und in dem vollzogenen Denkakt sind widerstreitende Aktrichtungen, widerstreitende Tendenzen zu einer neuen Einheit zusammengeschlossen. Es wäre aber auch denkbar, daß ich Grund und Gegengrund ständig gegeneinander abwäge, das endliche Fazit überhaupt nicht ziehe, daß also ein ständiges Widerstreiten stattfindet. So z. B., wenn ich vor einer Denkentscheidung zu einem Resultat nicht kommen kann, weil ich Grund und Gegengrund zu vereinheitlichen nicht imstande bin. Ich kann mich dieser Unabgeschlossenheit gegenüber verschieden verhalten. Entweder bleibt mir der Widerstreit dauernd aktuell und es drängt sich bald diese, bald jene Tendenz auf, oder ich kann sie schließlich dahin vereinheitlichen, daß ich das Urteil als ein zweifelhaftes bezeichne.

Eine neue Möglichkeit ist jedoch die, daß ich mich zwar für einen Satz etwa a = b entscheide, daß jedoch gleichwohl in mir noch Tendenzen vorhanden sind, welche besagen oder zu dem Urteil drängen, a ist nicht gleich b. In diesem Falle wird die Entscheidung für mich nicht diejenige Befriedigung bringen, die sie gebracht hätte, wenn ich die Gegentendenz hätte vereinheitlichen können, so daß ich hätte sagen können: Trotzdem manches dagegen zu sprechen scheint, ist a gleich b. Erst wenn ich diese Vereinheitlichung geleistet habe, fälle ich ein Urteil, das für mich evident ist. Unter Evidenz verstehe ich also die Vereinheitlichung aller aktuell gegebener Tendenzen. Nun ist phänomenologisch und psychologisch die Art der Evidenz außerordentlich verschieden. Ich kann z. B. das Urteil fällen, zweimal zwei ist vier, ein Urteil, das zweifellos als evident bezeichnet werden muß. Dieses evidente Urteil ist jedoch ein Urteil, das den Hintergrund, wenn ich so sagen darf, nicht in sich aufnimmt, sondern ihn bestehen läßt. Wenn ich das evidente Urteil zweimal zwei ist vier fälle, so können in mir als Hintergrund des Bewußtseins noch die ganze Reihe der Tagesinteressen vorhanden sein. Es wird mich also auch das Vollziehen dieses evidenten Urteiles nicht befriedigen, weil sich dieser Akt von einer überwiegenden Menge anders gerichteter Tendenzen abhebt. Es kann jedoch ein mathematischer Beweis mich ganz in Anspruch nehmen. Gelingt mir dieser, so ist die Erledigung mit einem ganz anderen Gefühl der Erleichterung verbunden. Schließlich wird es Denktätigkeiten geben, welche gleichsam in einem einzigen Akte nicht bloß das Gegenwärtige und Vergangene, sondern vielleicht auch das Zukünftige in sich zusammenfassen. Sie schmelzen in einem einzigen Akte sämtliche möglichen Tendenzen der Persönlichkeit zusammen. So wenigstens wird gewissen intentionalen Erlebnissen gegenüber das Urteil, dessen lauten, der sie erlebte und

das Urteil dessen, der sie nicht erlebte, wenn sie sich das Erlebnis rein vergegenwärtigen. Freilich versagt diesen Erlebnissen gegenüber die Scheidung: Wahrnehmen, Wollen, Fühlen etc.; es ist alles das darinnen irgendwie gegeben. In jeder höheren Denkleistung sind Willensanstrengungen enthalten, in jedem Willensentschluß Denkleistungen. Und in beide weben sich mannigfaltige Gefühlserlebnisse ein. Sollten jene letzten Vereinheitlichungen nicht in der Ekstase verwirklicht sein?

Unser Weg zwingt uns also zu einem Eingehen auf die Frage der Evidenz. Husserl hat geschieden zwischen einer Evidenz im laxen und einer Evidenz im strengen Sinne. Die Evidenz im strengen Sinne läßt nach ihm keine Grade zu, sie muß auch als allgemein gültig bezeichnet werden. Nach Husserl ist es evident, daß dasjenige, was für A evident ist, auch für jeden anderen evident sein muß. Oesterreich beruft sich demgegenüber auf die alltägliche Erfahrung, nach der der gleiche Sachverhalt von dem einen Autor als evident, von dem anderen Autor als evident unrichtig bezeichnet wird. Er lehnt die Fassung Husserls betreffs der strengen Evidenz ab. Hierzu ist zu bemerken: Es muß Husserl unbedingt zugestanden werden, daß sein Begriff der Evidenz für die phänomenologische Sphäre Geltung hat. Klammert man, wie dies Husserl tut, die reale Welt ein, verbleibt man in der Sphäre der reinen Wesenheiten, des reinen Denkens, so wird ein anderer Begriff von Evidenz allerdings widersinnig. Es ist damit nämlich ausgesprochen, daß das reine Denken keine unbedingte Geltungskraft hat. Es ist damit ausgesprochen, daß die Gesetze des logischen Denkens nicht an sich Geltung haben. Eine derartige Annahme widerspricht jedoch den Voraussetzungen der phänomenologischen Forschungsmethode. Allerdings muß noch eine Ergänzung hinzugefügt werden, nämlich, daß die äußere und innere Wahrnehmung keinen Vorzug in bezug auf den Erkenntniswert vor einander haben. Es muß also angenommen werden, daß auch auf dem Gebiete der inneren Wahrnehmung Täuschungen und Irrtümer möglich sind. Denn nur so ist der von Oesterreich herangezogene, wirklich alltägliche Sachverhalt einer Erklärung zugänglich.

Täuschen wir uns nicht darüber, daß die hier berührte Problemsphäre eine ungeheuere Ausdehnung besitzt. Sie umfaßt auch die Frage nach dem Wesen und der Bedeutung der Halluzination. Der Halluzinant fällt das vollkommen evidente Urteil: „Das ist ein Tisch, das ist die Stimme des N., es wird gerufen, es wird elektrisiert. Gleichzeitig vollzieht der Gesunde das evidente Urteil „dort ist kein Tisch, es wird nicht gerufen, es wird nicht elektrisiert." Nun muß weiter hervorgehoben werden, daß die gleichen Tatbestände, die uns hier auf dem Gebiete der Sinneswahrnehmung begegnen, anzutreffen sind auf dem Gebiete der Urteile. Der Paranoiker fällt das Urteil, dieser Zusammenhang ist ein evidenter, wenn der Gesunde diese Evidenz nicht erlebt. Ich komme also zu dem Resultat, daß entweder die Halluzination phänomenologisch nicht identisch ist mit der Wahrnehmung, oder, daß es eine strenge Evidenz im Sinne Husserls überhaupt nicht gibt. Ich kann auf eine Darlegung der Schwierigkeiten, die sich aus der ersten Annahme ergeben, nicht näher eingehen und möchte als eigenen Standpunkt folgendes fixieren: Wir selbst betrachten die Phänomenologie an dieser Stelle als heuristisches Prinzip und diskutieren nicht näher ihre Bedeutung für die Erkenntnistheorie. Den heuristischen Wert hat die Methode bereits erwiesen. Wir müssen also sagen in phänomenologischem

Sinn muß es eine strenge Evidenz im Husserlschen Sinne geben. Etwas anderes ist jedoch die Frage, ob diese strenge Evidenz im Erleben des Einzelnen, d. h. psychologisch ausreichende Kriterien besitzt. Mit Oesterreich muß ich das mit Rücksicht auf das früher ausgeführte strikte verneinen. Oesterreich hat bereits eine Reihe von Fällen aus dem Alltagsleben ausgeführt, in denen zwischen blinden und evidenten Urteilen Übergänge bestehen. Die Kasuistik, die ich folgen lasse, wird zeigen, daß in der Tat für einzelne Individuen Unfähigkeit besteht, überhaupt klar einzusehen. Sie haben bei richtigen Denkergebnissen keine eindeutigen Evidenzerlebnisse.

Es ist nun unsere Aufgabe festzustellen, was denn das Evidenzerlebnis im psychologischen Sinne ist. Zunächst muß gesagt werden, es ist das Evidenzerlebnis, ein Erlebnis, welches den Noesen im Husserlschen Sinne zugehört. Es ist eine besondere Weise des Akterlebens. Es ist nach Husserl in Parallele zu setzen dem klaren Sehen, es ist ein Einsehen auf Grund eines geklärten Sachverhaltshintergrundes. Aber der evidente Akt im strengen Sinne vereinigt alle möglichen auf Grund des Sachverhaltes denkbaren wahren Urteile in sich. Er ist eine Synthese sämtlicher möglicher Urteilstendenzen, welche durch einen bestimmten Sachverhalt hervorgerufen werden. Ein derartiges absolutes Evidenzbewußtsein ist psychologisch nur ausnahmsweise realisiert. Die Evidenzen, die wir in verschiedenen Individuen antreffen, sind nur in Annäherungen überwiegend häufig Evidenzen im laxen Sinne. Es kann nun psychologisch ein Urteil sämtliche aktuell gegebenen Tendenzen des Individuums in sich vereinen, soweit sie auf Grund eines bestimmten Sachverhalts gegeben sind. Es vereinigt dann alle Urteile, die dem Individuum auf Grund eines bestimmten Sachverhaltshintergrundes eben möglich sind. Wir sprechen dann von einer vollkommenen subjektiven Evidenz. Diese treffen wir an sowohl im Wahrnehmungsurteil des Gesunden, wie auch im Wahrnehmungsurteil des Halluzinanten. Wir treffen es an im Urteil des Denkers sowie auch im Urteil des Paranoikers. Evidenz ist dann ein rein subjektives Phänomen, ein rein psychologisches Phänomen, dessen Erkenntniswert zunächst überhaupt nicht zur Diskussion steht. Es ergibt sich aber sofort, daß im Urteil nicht alle möglichen Tendenzen vereinigt sein müssen, es könnte etwa nur die überwiegende Mehrzahl sein. Wir werden also Grade der Evidenz im psychologischen Sinne zugeben müssen.

Rein psychologisch faßbar ist ferner der Unterschied im Erlebnis je nach der Fülle der aktuellen Tendenzen, die in einem gegebenen Momente vorhanden sind. Es können alle möglichen Tendenzen des Individuums gegeben sein. Wir werden dann den höchsten Grad der für das Individuum möglichen Synthesen vor uns haben. Die Evidenz wird eine besondere Fülle besitzen.

Schließlich muß auch noch folgendes berücksichtigt werden. Wir sprachen bisher immer von den aktuellen Tendenzen, die sich auf das Urteil selbst bezogen und ließen die Tendenzen, welche sich auf die übrigen Urteile bezogen, außerhalb unserer Betrachtung. Ich kann zum Beispiel in vollkommen evidenter Weise das Urteil vollziehen $2 \times 2 = 4$. Dieses Urteil kann ich zwar vollkommen evident vollziehen, aber daneben ist noch Platz für eine Summe anderer Urteilstendenzen. Es ist für das psychologische Phänomen zweifellos von ausschlaggebender Bedeutung, welchen Anteil des Gesamtlebens das Einzelurteil für sich in Anspruch nimmt. Auf alle diese Momente muß bei einer psychologischen Betrachtung des Evidenzerlebnisses Rücksicht genommen werden. Ich brauche

nicht hervorzuheben, daß alle hier beschriebenen Erlebnisse Icherlebnisse in des Wortes engster Bedeutung sind.

Schließlich aber darf bei einer psychologischen Betrachtung die Wichtigkeit des Affektlebens nicht vernachlässigt werden. Für den psychologischen Charakter der Evidenz ist die Erwünschtheit oder Unerwünschtheit der Evidenz von allergrößter Bedeutung. Allerdings fällt der hier hervorgehobene Gesichtspunkt unter den allgemeineren, den wir oben besprachen, es ist ein besonderes wichtiger Spezialfall der Frage nach dem Verhältnis der im evidenten Akte vereinheitlichten Tendenzen im Verhältnis zu denjenigen, welche überhaupt in keiner sachlichen Beziehung zur Evidenz stehen. Es sei gleich hier hervorgehoben, daß die reichsten Evidenzerlebnisse nur dann denkbar sind, wenn auch die Gefühlsakte mit in den evidenten Akt einbezogen werden.

Es läßt sich über die Zweckmäßigkeit streiten, die hier beschriebenen psychologischen Phänomene sämtlich unter den Begriff der Evidenz zu vereinigen. Hebt man jedoch scharf hervor, was gemeint ist, so können kaum Unzuträglichkeiten aus der weiten Fassung des Begriffes entstehen. Es scheinen mir auch alle hier beschriebenen Phänomene im Sprachgebrauch vielfach als evidente bezeichnet zu werden. Die hier getroffenen Einteilungen werden sich uns für die Ordnung des pathologischen Materials als wertvoll erweisen.

Ja uns scheint diese Vereinheitlichung im Evidenzerlebnis so wesentlich zu sein, daß wir eben jene Erlebnisformen auch dann als evidente bezeichnen wollen, wenn wir von Fühlen und Wollen sprechen. Wieder kann man über die Zweckmäßigkeit einer derartigen Terminologie verschiedener Meinung sein. Uns kommt es darauf an, ein wesentliches Erlebnis zu charakterisieren, das dem Wahrnehmen, dem Fühlen, Wollen und Urteilen gemeinsam ist. Und hiebei sei noch betont, daß die Evidenz, der Einklang nicht bloß in jenem Akte zu suchen ist, welcher die Vorstellungsgrundlage des Wollens und Fühlens bildet, sondern im Akte des Fühlens und Wollens selbst.

V.

Das, was wir über die äußere Willenshandlung zu sagen haben, gedenken wir in der Weise vorzubringen, daß wir den Automatismusbegriff der französischen Autoren einer Kritik unterziehen. Er spielt in den psychologisch gerichteten Untersuchungen von Janet, Dugas und anderen eine große Rolle. Die französischen Autoren sprechen vielfach davon, die automatische Handlung gehe nicht vom Ich aus, sondern spiele sich abseits vom Ichbewußtsein ab.

Im alltäglichen Leben sprechen wir dann von einem Tun und Handeln als von einem automatischen, wenn wir durch wiederholte Übung dazu gelangt sind, es ohne besonders auf sie gerichtete Aufmerksamkeit durchzuführen. Wir sprechen insbesondere von automatischem Handeln, bei den oft geübten Tätigkeiten des alltäglichen Lebens. So sage ich z. B.: ich habe das rein automatisch geschrieben, wenn es sich um Dinge handelt, die ich oft in gleicher oder ähnlicher Weise erledigte.

Versuchen wir nun in die Phänomenologie eines derartigen Handelns einzudringen, so kann zunächst gesagt werden, daß der Willensentschluß bei wiederholter Übung der gleichen Handlung ein weniger energischer sein kann, ohne daß hierdurch das Erreichen des Zieles beeinträchtigt würde. Wir verstehen

unter Willensentschluß die direkt und unmittelbar erlebte Willensanstrengung. Ach hat den Ausdruck determinierende Tendenz geprägt. Es umfaßt dieser Begriff zweierlei: Erstens das Erlebnis selbst, durch welches die Folge der weiteren Erlebnisse eingeleitet wird und zweitens die tatsächlichen Abänderungen des Geschehens im Sinne der Determination. Es sagt also der ursprüngliche Begriff auch etwas über den Ablauf im psychischen Geschehen aus. Wir gebrauchen, um klarer zu sein, für das unmittelbare Erlebnis den Ausdruck Willensanstrengung.

Die wiederholte Übung hat noch einen weiteren Einfluß auf das Erleben während des Durchführens der Tätigkeit. Während die neue Handlung ein fortwährendes Achten auf den Gegenstand, ein stetiges Achten auf die Teilmomente der Ausführung fordert, ist das bei der geübten nicht mehr der Fall. Bei der geübten Handlung muß die Willensanstrengung nicht immer wieder erneut werden, sondern es genügt ein für allemal der erstmalige Willensentscheid, um die Handlung im Gange zu erhalten. Gleichwohl bleibt die ablaufende Handlung im Ichfelde. Sie wird zwar nicht im direkt gerichteten Ichstrahl durchgeführt, aber sie ist im Felde der Möglichkeit direkt durch das Ich erfaßt zu werden. Mit anderen Worten, auch die automatische Handlung tritt in keinem Punkte ihres Verlaufes aus dem Ich heraus. Ich bin es, der automatisch handelt, ebenso wie ich es bin, der in voller Zuwendung zum Gegenstande tätig ist. Es muß wieder darauf verwiesen werden, daß hier ganz Ähnliches vorliegt wie auf dem Gebiete des Denkens. Auch das wiederholt Gedachte, auch die banalen Gedankengänge des täglichen Berufslebens sind nicht die eines anderen.

Westphal hat auf dem Gebiete des Erfassens und Wahrnehmens gezeigt, daß es verschiedene Bewußtseinsstufen gibt, von dem einfachen Gegenwärtighaben eines Inhalts bis zu dem ausdrücklichen Konstatieren desselben. Ich werde im folgenden noch eingehend darlegen, daß auch das einfache Haben eines Inhalts bereits gleichbedeutend ist mit: Ich habe diesen Inhalt. Die gleichen Gesetzmäßigkeiten, die uns in diesem Gebiete des Seelenlebens begegnen, treffen wir auch in dem Gebiete der äußeren Willenshandlung an. Das was Westphal für das Wahrnehmen erörtert hat, ist jedoch etwas anderes als die gewohnheitsmäßige, automatisch gewordene Wahrnehmung. Aber es kann die Stufenleiter, die von Westphal in aufsteigender Reihenfolge dargestellt wurde, auch in absteigender Folge aufgezeichnet werden. Die konstatierte Wahrnehmung wird durch die häufige Wiederholung, oder sie kann es wenigstens werden, zu einfach gegenwärtigen. Freilich kann diese jederzeit wieder ausdrücklich konstatiert werden. In der Tat wird von der französischen Literatur von Automatismus auch dann gesprochen, wenn überhaupt eine Konstatierung niemals stattgefunden hat. Und dieser Begriff wird auf Wahrnehmung, Fühlen und Denken übertragen. Nun läßt sich schon gegen die zuletzt angeführte Erweiterung des Automatismusbegriffes das Bedenken erheben, daß eine Identität beider Erlebnisse nicht erwiesen ist, immerhin muß zugestanden werden, daß die Erlebnisse verwandt sind.

Völlig unberechtigt ist jedoch die Anwendung des Automatismusbegriffes in zwei neuen Sphären.

Auch die Erlebnisse der Depersonalisierten werden als automatisch bezeichnet, trotzdem der Tatbestand ein völlig anderer ist.

Schließlich glaube ich nicht, daß es berechtigt ist, die in komplizierter Weise abgesperrten Bewußtseinserlebnisse der Hysterischen wiederum als automatisch zu bezeichnen.

Es ergibt sich also, daß der Begriff des Automatismus genauer präzisiert werden muß. Er umfaßt in der jetzt üblichen Fassung eine Reihe heterogener Erlebnisse. Aber für alle Arten derselben läßt sich erweisen, daß es die Erlebnisse eines bestimmten Ichs sind.

Versuchen wir wenigstens im groben ein Schema des Handelns nach den angeführten Gesichtspunkten zu entwerfen, so muß gesagt werden: In jeder komplizierten Leistung (und im gewissen Sinne sind alle unsere Leistungen kompliziert) finden sich neben den ausdrücklichen (konstatierten) Willenshandlungen eine Fülle nicht ausdrücklich gewollter Teilhandlungen. Ein sicheres und erfolgreiches Handeln wird dann erst möglich, wenn ich nicht jeden Teil des Gesamtentschlusses noch einmal gesondert wollen muß. Das ist einleuchtend für alle mechanischen Verrichtungen. Aber es gilt für alle. Wir setzen den Fall, daß es mir schwer falle, mich morgens aus dem Bette zu erheben und mich anzukleiden. Es wird aber dann der einmalige Entschluß genügen, all das zu Ende zu führen, was ich wollte. Ich werde nicht für jedes einzelne Kleidungsstück eine neue Willensanstrengung notwendig haben. Ich bin im Vorteil gegenüber denjenigen, der für jedes einzelne erst den Entschluß faßt, es anzuziehen. Gleichwohl ist in meiner Gesamthandlung mehr automatisches darin gewesen, als in der Handlung des anderen. Von Hamletnaturen sprechen wir nicht bei solchen, denen die Tat aus einem einmal gefaßten Entschlusse „automatisch" folgt, sondern bei solchen, welche einer stets erneuten ausdrücklichen Willensanstrengung bedürfen, um das Gewollte durchzuführen. Gerade diese stets ausdrücklich Wollenden werden wir als willensschwach bezeichnen. Und jetzt erst können wir sagen: Ich will eben etwas und handle danach, das ist eine Einheit, ein einziger Willensakt. Und diesen kann ich wieder ungeteilt wollen, oder ich kann ihn in Widerspruch zu anderen Tendenzen wollen. Ich will nicht wiederholen, was ich früher ausführte. Wir dürfen direkt, das was wir über die Gefühle und Wahrnehmungen sagten, auf die Willensakte übertragen. Starkes Wollen und schwaches Wollen sind also Gegensätze, die wir in den Erlebnissen antreffen, das starke Wollen ist ein Wollen, welches mit geringer Willensanstrengung zum Ziele führt, das schwache Wollen ist das Wollen, welches zum Erreichen eines bestimmten Zweckes immer neue Willensanstrengungen erfordert. Von automatischem Denken und Handeln sprechen wir dann, wenn zufolge von Übung eine geringe Willensanstrengung zur Verwirklichung des Gewollten führt. Es hat also Verwandtschaft zum starken Wollen, von dem es sich dadurch unterscheidet, daß es nur nach Übung zum Ziele führt. Starkes Wollen und schwaches Wollen können in gleicher Weise widersprochen und unwidersprochen sein, wobei wieder zwischen einem ausdrücklichen und einem nicht ausdrücklichen Widerspruch zu scheiden ist. All das gilt auch von dem automatischen Handeln und Denken, man vergegenwärtige sich doch nur, daß schließlich jede geübte Handlung nichts anderes ist als eine automatische Handlung. Auch eine Alltagsleistung kann ich mit vollem Interesse durchführen. Nun muß allerdings zugestanden werden, daß die automatische Handlung an und für sich eine Tendenz in sich führt, anders gerichtete Gedanken neben sich bestehen zu lassen. Ich möchte sagen sie ver-

leitet zu Gedankenreihen, welche ihr selbst ausdrücklich oder nicht ausdrücklich widersprechen. Gerade diese Eigentümlichkeit des automatischen Erlebens hat zu den vielen Verwickelungen des Automatismusbegriffes Anlaß gegeben. Auch hier zeigt die Betrachtung in der phänomenologischen Sphäre, daß die deskriptiv-psychologischen Erlebnisse in ihrem Sinn klarer hervorgehoben werden können, wenn sie in das Phänomenologische verfolgt werden. Jedenfalls haben unsere Betrachtungen ergeben, daß auch die automatischen Handlungen eines Ichs sind und daß es Handlungen, die den Ichcharakter nicht tragen, überhaupt nicht gibt.

VI.

Man wird der bisherigen Darstellung zum Vorwurfe machen können, sie sei nur eine dürftige Umrißzeichnung, welche die reicheren Formen der Persönlichkeit nicht berücksichtige. Gerade diese aber meinen wir im täglichen Leben mit dem Begriff des Ich. Wir sprachen zwar davon, daß das Icherlebnis eine eigenartige Konstanz habe, welche mit der Konstanz, die wir im Anorganischen sehen, nichts zu tun hätte. Wir verwiesen auf eine Einheit, an der sich eigenartige Besonderheiten aufweisen ließen. Aber wir haben noch nicht betont, daß dieses Ich ein individuelles Ich ist, ein individuell eigenartig bestimmtes Ich. Ich erlebe immer wieder mich als einen so und so gearteten, wobei auf die Artung nur hingewiesen werden kann, während sie sich einer detaillierten Beschreibung ebenso entzieht, wie eine bestimmte Nuance von Rot. Auch die anderen sehe ich immer wieder nur als bestimmte Individuen. Diese Individualität ist aber nicht in den zufälligen Ereignissen und Erlebnissen gegeben, die uns zustoßen, sondern sie offenbart sich nur in der konkreten Folge dieses Erlebens. Es wird in ihm für die Selbstbeobachtung und für die Fremdbeobachtung sichtbar. Die besondere Eigenart des Sachverhalts liegt eben darin, daß das Ich und die Individualität erlebt werden und zunächst nicht erscheinen. Und so ergibt sich wieder der Gegensatz zwischen individuellem Erleben und Wissen von der Individualität entsprechend dem Gegensatz zwischen Selbstbewußtsein und Icherlebnis, und daher rührt es auch, daß ich in der Selbstbeobachtung mich über die konkrete Folge des Erlebens und damit über die Erscheinung meines Ichs und über meine Persönlichkeit täuschen kann.

Wir sagten, daß die Individualität, die Persönlichkeit erkennbar wird in der konkreten Folge der Erlebnisse. Es gibt nun gleichsam repräsentative Erlebnisse der Persönlichkeit, an denen sowohl das Ich selbst und auch die anderen die Stellung des Individuums zur Welt der Gegenstände ablesen können. Es äußern sich in diesen repräsentativen Erlebnissen alle Tendenzen, mit welchen ein bestimmtes Individuum den Gegenständen gegenüber treten kann. Unter Gegenständen verstehen wir hier aber alles, was im Akte gemeint wird, nicht bloß die Dinge, sondern auch die Phantasiegegenstände und die Begriffsgegenstände. Freilich ist es kein direkt erschaubares Erlebnis, daß dieser oder jener Akt meine ganze Persönlichkeit enthält und umspannt. Aber wenn wir auf das aus einem schöpferischen Wurf hervorgegangene Werk des Dichters blicken, so liegt in ihm eben die volle Individualität dessen, der es gemacht hat. Oder schärfer: Es ist das Wesen gewisser Lebensäußerungen, daß in ihnen eine volle Individualität erscheint. Wir sehen es als Wesensnotwendigkeit an, daß es Akte gibt, welche in diesem Sinne die Möglichkeiten der Individualität zu-

sammenfassen. In welcher Weise das geschieht, das wird leichter faßlich, wenn wir uns das vergegenwärtigen, was über den Denkentscheid gesagt wurde. Fortwährend begegnen wir diesen Vereinheitlichungen in unserem Denken und Handeln. Freilich muß man sich von der Vorstellung frei machen, diese Vereinheitlichung falle zusammen mit dem Begriff der psychischen Anstrengung und sei irgendwie die Wirkung einer „Kraft". Es werden hiermit nur bestimmte „Phänomene" des Seelenlebens verstanden. Es ist wichtig, sich stets gegenwärtig zu halten, daß der Entschluß, obwohl er eine Fülle von Strebungen und Tendenzen in sich enthält, schließlich eben doch schlicht und einfach, ein Entschluß ist. Es ist ein Ganzes, das nicht aus den Teilen besteht, die es zusammensetzen. Überall dort, wo wir von Vereinheitlichung und Synthese sprechen, möge man sich des hier Gesagten erinnern.

In der Folge der tatsächlichen Ereignisse im Leben des einzelnen nimmt aber eine Gruppe eine besondere Stellung ein. Es ist das diejenige Erlebnissphäre, welche sich auf den eigenen Körper bezieht. Auch er ist nur Gegenstand und steht mir gegenüber. Aber in der Handlung, in der Bewegung, richtet sich der wollende Akt unmittelbar auf eine Änderung in diesem Gegenstandsbereich. Und mein Wollen empfängt eben erst durch den Körper die Möglichkeit einer Richtung auf Gegenstände. Das äußere Wollen empfängt also erst durch den Körper seinen Sinn. Dazu kommt, daß uns aus dem Körper jene zahlreichen und wichtigen Empfindungen zuströmen, des Hungerns, des Dürstens etc., die es als Wesenscharakter an sich tragen, eben meine Empfindungen zu sein und nur mir zugänglich zu sein. Schließlich ist es der Körper, durch den ich eine Wirkung der Dinge auf mich erlebe. Verliere ich das Augenlicht, so entschwindet mir zwar nicht die Dingwelt, aber sie wird mir unerfaßbar, soweit sie mir im Sehen gegenständlich wird. Diese Abhängigkeit ist mir auch als eigene Erfahrung gegeben, wenn ich die Augen schließe. Es läßt sich dieses auf das Sehen gerichtete Erwägen leicht detaillieren und auf die übrigen Sinne ausdehnen.

So ergibt sich ohne weiteres, daß der Körper in besonderer Weise zum Ich gehört und es wird begreiflich, daß in der täglichen Rede in Kürze häufig statt Körper Ich gesagt wird. Das Wort meint aber dann etwas vollkommen anderes, als wenn vom Ich im strengen Sinne gesprochen wird. Der Körper ist ein Ding, das zu dem Ich in besonderen Wesensbeziehungen steht. Es ist nicht möglich, diese auch nur annähernd zu verstehen, bevor nicht erörtert wurde, auf welche Weise wir von anderen Individualitäten Kenntnis erlangen.

VII.

Wir legen uns also die Frage vor, in welcher Weise uns das Seelenleben des anderen gegeben ist, und wir fragen, worauf sich die Meinung gründet, uns stünden andere Iche, andere Persönlichkeiten gegenüber. Wenn ich einem anderen gegenüberstehe, der mir zornerfüllt droht, so habe ich mich zu fragen, ob ich den Zorn des anderen wahrnehmen kann in seiner Gebärde, ebenso, wie ich die Gebärde selbst wahrnehme, oder ob der Zorn zunächst von mir selbst in irgendeiner Form erlebt werden muß, damit ich zur Wahrnehmung des Zornes meines Gegners komme. Lipps spricht von einem inneren Nacherleben des Zornes, das er als einen nicht weiter zurückführbaren Instinkt ansieht. Aber

dagegen spricht mit hinreichender Deutlichkeit das Erlebnis selbst, in dem nicht anderes enthalten ist als ein Zorn, der nicht mein Zorn ist, ein fremder Zorn, der mit einer Gebärde nicht bloß verbunden, sondern auch durch sie ausgedrückt ist. Und weiterhin ist es Inhalt des Erlebens, daß diese zornige Gebärde einem anderen Ich angehört.

Der Zorn des anderen steht also in der Gebärde des anderen gegenständlich vor mir. Und wenn ich mich dieser Gebärde zuwende, so trägt diese Zuwendung nichts von dem Aktcharakter des Fühlens, wie ich ihn antreffe, wenn ich mich eigenen Gefühlserlebnissen zuwende, sondern sie trägt ausgesprochen den Aktcharakter der Wahrnehmung. Von vornherein steht mir also der fremde Zorn anders gegenüber als der eigene, eben als fremder. Den eigenen erfasse ich in einem Gefühlsakte, den fremden in einem Wahrnehmungsakte. Man wende nicht ein, daß schließlich der wahrgenommene Zorn doch schließlich mein Zorn sein müsse. Es ist ebenso mein Zorn, wie die Empfindung „Rot" meine Empfindung ist. Gleichwohl ist das Rote nichts, was mir zugehört, sondern es steht vor mir und ebenso steht der fremde Zorn vor mir. Es mag genetisch richtig sein zu sagen, daß der Zorn zunächst als eigener erlebt werden müsse und sich durch Assoziation und Reproduktion an die Gebärde knüpfe. Im Erlebnis selbst ist nichts mehr hiervon enthalten. Oder es mag genetisch richtig sein, daß ich das fremde Gefühl instinktiv nacherlebe und mitmache. Aber auch hiervon ist nichts im Erlebnis. Das Erlebnis zeigt nur den fremden Zorn und nicht den eigenen.

Aber gesetzt auch, wir empfänden im einzelnen Erlebnis der Wahrnehmung fremden Zornes zunächst eine instinktive Regung, den Zorn als eigenen zu erleben (und in gewissen Erlebnissen ist das zweifellos der Fall), so ist in dieser gegebenen Tendenz des eigenen gefühlsmäßigen Erlebens nichts gegeben, das mit dem Wesen der Wahrnehmung fremden Zornes zu tun hätte. An diesem Verhältnis würde auch nichts geändert werden, wenn sich empirisch ergeben sollte, daß diese instinktive eigene Regung mit jeder Wahrnehmung fremden Fühlens einhergeht.

Ich kann auch in dieser Tendenz des eigenen Erlebens des Zornes mitgehen, ich kann, wenn mein Freund zornig von dem Unrecht erzählt, das ihm widerfuhr, mit ihm zornig werden. Aber dieser eigene Zorn ist etwas Neues, das neben dem fremden steht. Er ist wesenmäßig different von dem mir gegebenen fremden Zorne.

Gegenüber dem in Kunstwerk dargestellten Zorn kann ich mich genau so verhalten. Ich nehme ihn wahr und erlebe vielleicht auch eine Tendenz des eigenen Miterlebens. Diese ist aber wesensverschieden vom fremden Zorne.

Aber ich sehe in dem anderen nicht bloß den Zorn, sondern ein Ich, das zürnt und nicht bloß irgendein Ich, sondern ein individuell bestimmtes, eine Persönlichkeit. Vor mir steht etwas, nicht bloß eine Gebärde, sondern ein körperliches Ganzes, eine menschliche Gestalt. Über das Sinnlich-Gegebene hinaus ist noch ein Unsinnliches gegeben, eben jene Beziehung zu einem anderen Ich. Im Erlebnis wird, so ist zu sagen, der Leib des anderen direkt beseelter Leib und es läßt sich wieder von Assoziation, Reproduktion und instinktivem Miterleben nichts ausweisen. Vor mir steht der Fremde als beseeltes Wesen mit Willen, Affekten und Leidenschaften. Ja der Gegenstand „Leib des anderen" erhält erst seinen Sinn darin, daß es der Leib eines Du ist.

Hier drängen sich genetische Gesichtspunkte fast zwingend vor und es drängt sich die Frage auf, wie wir dazu kommen, jenes nicht Sinnliche, die Mannigfaltigkeit fremder Tendenzen, unmittelbar im Erlebnis darin zu haben. Es ist in ansprechender Weise von Prandtl durchgeführt worden, daß für eine solche genetische Konstruktion Assoziation und Reproduktion ausreichen und daß nicht Nachahmungsinstinkte im Lippsschen Sinne herangezogen werden müssen.

VIII.

Daß es nicht das vor mir stehende Gefühl allein ist, welches das Du für mich erweckt, geht daraus hervor, daß mir auch Gefühle gegenüberstehen, die der unbelebten Natur angehören. Wir müssen zurückgreifen auf das, was wir früher sagten. Wir leugneten für die Fremdwahrnehmung einen wesensmäßigen Zusammenhang mit einer Tendenz das fremde Gefühl mitzuerleben. Anders ist jedoch die Sachlage, wenn ich ein Rot vor mir habe, das angenehm ist oder eine Landschaft, die traurig ist. Wie die Empfindung eine Tendenz in sich enthält als Ding wahrgenommen zu werden, so fordert das Angenehme des Rot als angenehm gefühlt zu werden, so fordert die Trauer der Landschaft als Trauer erlebt zu werden. Hier ist also mit dem Gefühl wesensmäßig eine Tendenz des entsprechenden Erlebens gegeben. Freilich kann ich die Traurigkeit einer Landschaft erfassen, ohne diese Traurigkeit als meine eigene zu deuten. Sie kann mich vielmehr geradezu zum erhöhten Bewußtsein kommen lassen, daß ich nicht traurig bin. Ich kann dieser Traurigkeit der Landschaft die eigene Freudigkeit entgegensetzen. Diese kann neben ihr stehen bleiben oder die Traurigkeit kann meiner Heiterkeit widersprechen. Ich kann auch das eine Gefühl in das andere restlos hineinnehmen. Aber immer muß ich mich der Trauer der Landschaft trauernd zuwenden, mag auch die Zuwendung nur der unmerkliche erste Antrieb zu einer Zuwendung sein.

Es sind also alle jenen Komplikationen denkbar, welche wir auch bei der Erörterung des Gefühlslebens fanden. Es muß das auch geradezu gefordert werden, denn wir haben ja bereits im vorangehenden darauf verwiesen, daß in jedem Gefühlserleben ein direkter sinnlicher Faktor enthalten ist. Die Traurigkeit der Landschaft ist ein Gefühl, genau so, wie die Ärgerlichkeit einer Vorstellung ein Gefühl ist.

Ich kann meine Aufmerksamkeit sowohl auf die Landschaft selbst, ich kann sie aber auch auf die Traurigkeit der Landschaft richten. In dem vielstrahlenden Erlebnis ist dann eben ein Strahl besonders charakterisiert. Schließlich kann ich unter Umständen die Einstellung darauf richten, daß die Landschaft nicht nur traurig ist, sondern daß sie mich auch traurig stimmt. Die beiden ersten Fälle sind vergleichbar damit, daß ich an einem Tische die Form besonders beachte. In dem letzten Falle kommt etwas Neues hinzu. Vom Erleben weg richtet sich die Aufmerksamkeit darauf, daß ich (durch die Landschaft) traurig bin.

Wieder eine völlig neue Erlebnismodifikation tritt auf, wenn ich in der Trauer der Landschaft völlig aufgehe, wenn ich mich in sie versenke, so daß durch dieses eine Gefühl alle übrigen Tendenzen absorbiert werden. Ich weiß dann nichts von meinem Ich, bin vollständig in der Landschaft und in ihren Gefühlen darinnen. Es ist das aber einer der Fälle der Selbstvergessenheit dem Objekt gegenüber. Vielleicht wird eine irrige Selbstbeobachtung dieses

Erlebens sagen, in jenem Momente war ich und die Landschaft, oder ich und die Stimmung der Landschaft vollkommen eins. Wir müßten demgegenüber betonen, daß der Tatbestand ein anderer ist. Wenn ich meine Einheit mit der Natur erlebe, so fehlt das formulierte Bewußtsein, daß ich es bin, der all dieses erlebt. Das Ichmoment ist nur im Erleben selbst. Es wird nicht erlebt, daß ich mit der Natur eine Einheit bilde, daß ich mit ihr verschmelze, sondern ich erlebe die Natur. Das ist alles. Und in diesem vielstrahligen Erlebnis kann ich mich wieder auf den Gegenstand selbst, die Natur, oder auf seine Stimmung besonders richten.

Anders wird die Problemstellung (Geiger hat das vermengt), wenn ich mich frage, ob ich die Traurigkeit in die Landschaft getragen habe, oder ob die Traurigkeit aus der Landschaft in mich einströmte. Es mag sein, daß hier geringe deskriptive Differenzen existieren, daß sie in dem einen Falle das Gefühl in die Landschaft verwoben, in dem anderen über sie hingegossen ist, im wesentlichen ist diese Fragestellung eine genetische. Im genetischen Sinne könnte man von Einfühlung im engeren Sinne dann sprechen, wenn ich die Traurigkeit in die Landschaft hineingetragen habe.

IX.

Alles bisher Gesagte bezog sich nur auf die Gegenstände, die in der Zeit ruhend sind. Wir können es leicht erweitern auf psychische Verläufe. Das Charakteristische des organischen Lebens ist ja die stetige Änderung in der Zeit. Eine Persönlichkeit kann ich nur dann verstehen, wenn ich mir ihr ganzes Handeln aus ihrem Leben heraus vergegenwärtige, wenn ich gleichsam die Handlung mit erlebe. Aber wenn ich mir das Handeln einer historischen Persönlichkeit vor Augen stelle, so erlebe ich die Gefühle und das Handeln dieser Person unmittelbar in einer anderen Sphäre des Daseins. Wir lassen wieder den selbstverständlichen psychophysisch-genetischen Standpunkt außer acht, daß es doch wieder meine Gefühle und Strebungen sind, die ich erlebe. Wenn ich also vom Nacherleben sprach, so ist das so zu verstehen, daß ich diese Ereignisse sofort in einer eigenartigen Modifikation erlebe, nämlich eben als fremde Erlebnisse.

Aber ich kann das Erleben eines anderen, wenn ich es mir vorgestellt habe (wenn ich es vorstellend nacherlebt habe), nachahmend spielen. Ich kann mir auf der Schaubühne oder im täglichen Leben eine Rolle zurechtlegen, die ich handelnd durchführe. Freilich ist das nachfühlende Vorstellen die Vorbedingung, auf Grund deren ich nun die Persönlichkeit der Vorstellung in der Realität spiele. Aber die Handlung wird dann direkt in der Absicht zu spielen, eben als gespielte ausgeführt. Und ich stehe diesen auf Grund von gespielten Willensentschlüssen vollzogenen Handlungen genau so gegenüber, wie andersartigen Willenshandlungen meiner selbst. Im ganzen Erleben wird sich ausdrücken, daß das Erleben eben mein Spiel ist.

Ich kann mich aber in den ursprünglich gespielten Charakter derart einleben, daß mir das Spiel zur vollen Wirklichkeit wird und ich kann als Schauspieler Richard III. spielend, Icherlebnisse vollziehen, die mir wirkliche und nicht gespielte Erlebnisse sind. Der phänomenale Sachverhalt ist dann vollkommen identisch mit dem Sachverhalt jedes anderen Icherlebnisses. Ich

täusche mich nur über die konkrete Folge meiner eigenen Erlebnisse. Ich beurteile mich als Persönlichkeit falsch. Die Frage, wie es denn zu einer so weitgehenden Täuschung über die eigene Persönlichkeit kommen kann, ist eine rein psychologische. Sie hängt in inniger Weise mit der Frage nach der Wirksamkeit determinierender Tendenzen zusammen.

X.

Und hier können wir unsere Gedanken weiter führen. In der Art, in welcher wir zur Einsicht über unsere eigene Persönlichkeit kommen, liegt wieder eine Fülle neuer Probleme. Es handelt sich nicht mehr um die im Vergleich hierzu immerhin noch einfachen Strukturen, die wir im vorangehenden besprachen. Wir stehen komplizierteren Verwicklungen gegenüber.

Der normale Weg ist derjenige, daß wir uns zunächst um die Persönlichkeit des anderen kümmern, der uns gegenübersteht. Wir sehen in ihm ein kompliziertes, aber doch einheitliches System von Strebungen und Eigenschaften, dem wir in gewisser Hinsicht Gegenstandscharakter zuschreiben, eine Einstellung, welche schon durch das tägliche Leben geboten wird. Dieses System von Strebungen erscheint uns irgendwie an den Körper gebunden. Wir erleben die Willensakte und Strebungen des anderen als zusammengehörig und in keiner Weise trennbar. Von jenem anderen erleben wir aber zunächst nur das, was er uns als soziale Persönlichkeit gibt und bietet und von dem anderen wendet sich der Blick auf das eigene Können, auf die eigene Tätigkeit und eigene Leistung, soweit sie sich im sozialen Leben ausdrücken. Daß die Zuwendung zu der eigenen Persönlichkeit in diesem Sinne etwas Sekundäres ist, geht schon daraus hervor, daß das *Γνῶθι σεαυτόν* erst als Forderung aufgestellt werden muß. Nur in diesem beschränkten Sinne können wir die Behauptung Schelers billigen, die Selbstbeobachtung sei eine sekundäre Attitude gegenüber der Fremdbeobachtung. In der Tat lesen wir unsere soziale Persönlichkeit zusammen aus dem, was wir in dem anderen als unser Bild sehen. Wir sehen uns dann mit den Augen der anderen.

Es muß jedoch immer wieder scharf betont werden, daß all dieses nur entfernte Beziehungen zu dem hat, was wir als Icherlebnis bezeichneten. Ja es umfaßt auch nicht einmal annähernd das, was als Persönlichkeitserlebnis bezeichnet werden muß. Es ist ein kleiner, eng begrenzter Ausschnitt, der so gesehen wird. Das Persönlichkeitserleben selbst ist unendlich viel reicher als sein Ausdruck im sozialen Leben. Und jenes reiche Persönlichkeitserlebnis kann in reiner Wahrnehmung von mir erschaut werden. Hier aber stoßen Fremdbeobachtung und Selbstbeobachtung auf die gleiche prinzipielle Schwierigkeit: aus der Einstellung des täglichen Lebens herauszukommen und diejenigen Persönlichkeitswerte zu entdecken, welche im Alltagsleben der Sozietät nicht von unmittelbarem Belang sind. Die Forderung des *Γνῶθι σεαυτόν* ist also einseitig.

Höhere Werte als das Erkennen der Persönlichkeit vermittelt, sind aber im Erleben der vollen Persönlichkeit gegeben. Ich glaube, darauf verweist das, was ich im folgenden mitteile.

I. Kapitel.

Die Depersonalisation.

Bevor wir an die Verarbeitung unseres klinischen Materiales gehen, seien einige Vorbemerkungen gestattet. Es soll das hier Gesammelte keine Kuriositätensammlung darstellen. Es handelt sich, um das Resultat einer sorgsamen Sichtung eines nicht allzu reichlichen Materiales [1]) (etwa 1900 klinische und 800 poliklinische Aufnahmen), das in 2 Jahren die hiesige Klinik passierte. Dabei konnten in ganz strenger Weise nur die Patienten der eigenen Abteilung nach Störungen des Selbstbewußtseins durchforscht werden, doch sind mir in liebenswürdiger Weise von meinen Kollegen alle jene Fälle zugewiesen worden, die manifeste Störungen in dieser Richtung zeigten. Es ist die Absicht dieser Untersuchungen, darauf aufmerksam zu machen, daß Störungen des Selbstbewußtseins und Persönlichkeitsbewußtseins auch klinisch-symptomatologisch Bedeutung beanspruchen dürfen. Ich bin mir sehr wohl bewußt, das Thema auch nicht annähernd erschöpft zu haben. Es konnten zunächst nur einzelne Kapitel herausgegriffen werden, da ich prinzipiell Gebiete nicht behandelt habe, bezüglich derer mir eigenes Material nicht zu Gebote stand. So fehlen hier auch systematische Angaben über die übrigens gut bekannten Erscheinungen des doppelten Bewußtseins. Auch in anderen Teilen der Arbeit wird man Vollständigkeit vermissen. Es sind eben Studien und keine systematische Darstellung.

Einen besonders breiten Raum nimmt die Analyse der Depersonalisation ein. Das bedarf einer besonderen Entschuldigung, weil gerade sie in letzter Zeit vielfach Gegenstand ausführlicher Arbeiten gewesen ist. Ich vermisse jedoch in diesen Arbeiten vieles, was ich für wichtig halte und insbesondere weist die einschlägige Arbeit Oesterreichs, die sehr bekannt geworden ist, eine Reihe von Irrtümern auf, deren Aufklärung mir nötig erschien. Das Problem der Depersonalisation ist nicht nur psychologisch, sondern auch klinisch von großem Interesse. Ich habe versucht, an diesem Beispiel eine möglichst vollständige Analyse eines psychopathologischen Phänomens zu geben. Es waren also auch methodische Absichten, die mich zu einer breiten Behandlung des Themas veranlaßten.

Ich gebe zunächst drei Krankengeschichten wieder.

[1]) Ich bin Herrn Geheimrat Flechsig für die Überlassung des Materials und für das Interesse, das er an meiner Arbeit genommen hat, sehr zu Dank verpflichtet.

Drei Krankengeschichten.

Fall 1. Gottfried M., Student, geboren 1891. Familienanamnese belanglos, Großeltern, Eltern, ein Bruder und eine Schwester gesund. Ein Cousin soll geistig nicht ganz intakt sein. Die Vorgeschichte ohne Besonderheiten. Er ist Zwillingskind, der andere starb. Er war zunächst schwächlich, entwickelte sich aber dann gut und machte die üblichen Kinderkrankheiten durch. Im 16. Jahre schwere Influenza. Ein Jahr vor der Aufnahme zwei Nasenoperationen. Vor einem halben Jahre Stirnhöhleneiterung. Er hat das Gymnasium zur normalen Zeit beendet, war immer ein guter Schüler und wird von seinen Eltern als still und zurückgezogen bezeichnet. Er kam zum ersten Male in die Klinik am 20. VII. 1912. Er klagte damals, daß er in der letzten Zeit nicht habe arbeiten können. Er führt es darauf zruück, daß er sexuell nicht ganz rein gelebt habe. Er sei seit dem 14. Lebensjahre sexuell erregt, hätte entsprechende Gedanken, er gibt an onaniert zu haben. Er bezeichnet damit Erektionen und Pollutionen. Fürchtet, es würde eine Rückenmarks- oder Hirnkrankheit daraus. Manchmal habe er direkt das Gefühl, daß sich das Gehirn zersetze. In der Folgezeit klagte er, das Gehirn sinke ein; er würde verrückt. Er bittet, man möchte doch seinem Vater nicht gleich die ganze Wahrheit sagen. Er verlangt seinen Vater noch einmal zu sehen. Zuspruch ist vollkommen wirkungslos, er bringt kurz danach die gleichen Klagen und Beschwerden vor. Er beschäftigt sich nicht in der Klinik; sitzt den ganzen Tag beschäftigungslos da; liegt auf dem Sofa. Traurige Haltung und Mimik. In seinem ganzen Wesen energielos; schlaff und weichlich. Am 22. VII. wird er von seinem Vater nach Hause abgeholt. Die körperliche Untersuchung war im wesentlichen vollständig negativ geblieben. Vom Degenerationszeichen nur: angewachsene Ohrläppchen; gespaltenes Zäpfchen. Im übrigen die inneren Organe und das Nervensystem intakt. Insbesondere sind die Sinnesorgane und die taktile Sensibilität ungestört. Keine Anzeichen einer Störung der Viszeralempfindungen.

Am 30. VII. wird er von seinem Vater wieder in die Klinik gebracht. Der Vater gibt folgendes an: G. freute sich zunächst sehr, daß er nach Hause kam. Plötzlich sagte er nachts, man möge ihn fortschaffen, bevor er wahnsinnig sei. Die Mutter solle es nicht mit ansehen müssen. Er klagte ständig über Sensationen im Kopf. Beschäftigte sich nicht. Lag niedergeschlagen im Liegestuhl. Wollte ins Sanatorium oder nach Leipzig, damit er dort beaufsichtigt würde. Er jammerte auch: es blitze vor den Augen und die Wolken kämen herein. Zeitweise kam Zittern und er weinte. Manchmal war er wie abwesend. In der Nacht, vor der Aufnahme in die Klinik machte er einen Selbstmordversuch. Schlug sich mit einem eisernen Ofenhaken gegen den Kopf, so daß es blutete.

Die Beobachtungen in der Klinik sind folgende:

30. VII. Depressive Haltung und depressiver Ausdruck. Er sei jetzt ganz verrückt geworden; merke, wie es immer mehr und mehr schwinde. Die ganze Zirkulation sei verändert; Kopf und Hals seien anders. Das Gehirn sei eingesunken. Er sei dem Irrsinn nahe. Er ist leicht gehemmt; liegt ruhig im Bett. Somatischer Befund unverändert. Am Hinterkopf drei unbedeutende Schrammen.

31. VII. Stark gehemmt. Gibt keine Antworten.

1. VIII. Er spüre einen elektrischen Strom, der vom Kopf zum Rücken ginge. Das sei der Ausdruck der geschwächten Willenskraft. Er fühle genau, daß er unheilbar geisteskrank werde und daß heute oder morgen der Irrsinn ausbrechen werde. Er hätte keine Gefühle mehr, die ganze Seele fehle.

(Können Sie noch traurig sein?)

„Nein. Sie können auch durch den Galvanisationsapparat feststellen, daß die ganzen Willensströme sich verändert haben."

(Ist Ihr Wesen anders?)

„Das ganze Gehirn ist anders geworden; weil ich merke, daß die früheren Zentren durch den Willensstrom auseinander gerissen sind."

(Ist Ihr Charakter verändert?)

„Ich bin ganz anders" (etwas zögernd).

(Inwiefern denn?)

„Ich bin nicht mehr der frühere."

(Haben Sie Ihre Eltern noch gerne?)

„Die lieben guten Eltern!“ (Traurig.) Dann: „Natürlich.“ Der Wille sei krank. „Weil ich nicht mehr den Willen in der Gewalt habe, sondern weil der Wille mich treibt.“ Er spricht leise, langsam, traurig. Er bittet irgend wohin gebracht zu werden, wo er nichts anrichten könne. „Ich merke ja, daß ich vollständig durch diese elektrischen Willenssachen wahnsinnig werde.“

Abends spontan: Er sei ein ganz anderer Mensch geworden; er habe keine Gefühle mehr. Aus dem Körper habe sich alles in den Kopf gezogen und dort finde ständig eine Willensgewitterbildung statt. Er fühle keine Liebe und keinen Haß mehr; er könnte alle Menschen totschlagen, ohne etwas zu fühlen. „Und das wird auch eintreten, wenn die übermächtige Willensgewitterbildung in meinem Kopfe eintritt.“

(Ist das Ihr Wille, der im Kopf gebildet wird?)

„Es sind furchtbare elektrische Willensströme, denen ich nicht mehr gebieten kann.“

(Haben Sie das Gefühl des Zwanges?)

„Ja, sogar eines ganz furchtbaren Zwanges.“

(Wozu werden Sie gezwungen?)

„Das wird sich ergeben, wenn dieser elektrische Dynamo mich vollständig zu etwas treibt.“

„Es wäre doch furchtbar, wenn Sie erlebten, daß ich mich gegen andere vergehe!“

(Das wäre doch dann gar nicht Ihr eigener Wille, und Sie könnten nichts dafür!)

„Das kann ich nicht mehr denken, der Dynamo summt weiter.“

Das Zureden nütze nichts, es seien eben organische Störungen der Zirkulation, gegen die er gar nichts Seelisches tun könne. „Die Sache entstand so, daß ich allmählich fühlte, daß sich der Wille auflöste, aus dem vorigen Zentrum heraustrat und so elektrisch weiter summte und ich merkte ganz deutlich, was es um den Willen ist. Ich sah richtig, wie tatsächlich der Wille dasjenige ist, das das eigentliche Zentrum ist.“

2. VIII. Liegt stumpf mit leerem Gesichtsausdruck auf dem Sofa. Die frühere Willenstätigkeit sei durch die jetzige weggerissen. „Es dreht sich mit rasender Geschwindigkeit in mir.“ „So daß ich die jetzige Willenstätigkeit als die vollständig richtige empfinde.“ „Der ganze Motor geht mit einer rasenden Gewalt. Den jetzigen Willen habe ich nicht in der Gewalt, sondern er regiert mich.“ Er könne nicht denken, da sich alles dreht. „Eiskalt weht es mich an, an Händen und Füßen.“

(Fühlen Sie Liebe und Haß?)

„Gar nichts mehr da.“

„Die Menschen sehe ich nunmehr als Holzpuppen an.“

(Spüren Sie den Kummer?)

„Nein.“

(Überhaupt nichts?)

„Nein.“

(Welcher Wille ist in Ihnen?)

(Sinnt nach.)

(Ihr eigener?)

„Nein, nein.“

(Ein fremder?)

„Ja.“

(Wessen Wille ist das?)

„Das ist mein früherer Wille, den ich nicht mehr in der Gewalt habe, sondern mich herumtreibt.“ Es ist der irrsinnige Wille. Bittet, man möge ihn genau untersuchen. „Alles ist ganz anders geworden. Der Moment kommt nahe, wo ich durch diesen Willen wahnsinnig werde.“ „Jetzt ist es wieder der eigene Wille, weil ich nicht mehr das frühere Gehirn habe.“

„Ganz nebelhaft, weiß ich, wo ich bin.“ „Wenn auch das schwindet, werde ich in einer ungeheueren elektrischen Macht zu irrsinnigen Sachen getrieben.“

(Ist Ihr Charakter verändert?)

„Vollständig, aber ganz anders.“ (überzeugt).

(Warum?)

„Weil ich niemanden mehr lieb habe, Seele habe ich gar nicht mehr. Das was ich spreche, sind die letzten Worte.“

(Welcher Wille ist in Ihnen?)

„Das, was man als bösen Geist bezeichnet."

(Wo blieb der frühere Wille?)

„Der ist weg."

„Der jetzige Wille sitzt nicht mehr im Gehirn, sondern geht wie ein gewaltiger elektrischer Strom durch den ganzen Menschen."

„Ich bin direkt umgestülpt."

„Ich bin richtig leicht geworden, ich kann richtig fliegen." (Hebt matt die Arme und läßt sie der Schwere entsprechend niederfallen.)

3.—5. VIII. Ist im wesentlichen nicht verändert. Äußerte aber, er hoffe doch wieder gesund zu werden. Überhaupt ist er nach einem Besuche des Vaters heiterer. Meint, er möchte dem Vater gerne das Unglück mit dem Sohne ersparen.

„Ich würde mich freuen, wenn es bloß ein trauriges Gefühl wäre." „Es ist immer noch . . . Dynamomaschine, treibt alles ins Gehirn hinauf." „Das ist nicht zeitweise, sondern immer und wird immer schlimmer."

(Haben Sie Ihren eigenen Willen?)

„Das ist eben das Furchtbare, daß ich keinen eigenen Willen habe."

(Sie gehen, essen doch, dazu gehört ja Wille!)

„Das ist das letzte bißchen."

(Haben Sie Gefühle, Liebe und Haß?)

„Gar nichts mehr, als wenn einem alles in den Kopf gerutscht wäre, die ganze Seele."

(Dann ist es doch da!)

„Nein, seelische Empfindungen habe ich gar nicht mehr, das können Sie doch in Experimenten feststellen."

„Es ist nur Schein, wenn ich so ruhig dasitze, da scheint es nur als wenn ich apathisch wäre."

„Ich fühle direkt und habe eine leise Empfindung, als wenn sich der Geist und das Gefühl immer herumdrehen." Er habe diese Dinge zunächst verheimlicht.

(Wer spricht, wenn Sie mit mir sprechen?)

„Das bin ich nicht mehr."

(Wer spricht denn?)

„Das ist ein ganz anderer Mensch."

(Also doch derselbe, der krank geworden ist!)

„Es ist ein geistig und seelisch ganz Kranker."

(Also doch derselbe!) (Schüttelt leise den Kopf.)

„Schmerzen habe ich gar nicht, sondern nur immer das Drehen von einer mächtigen Dynamomaschine in meinem Kopf." „Das ist eben der kranke Wille."

(Spüren Sie Hunger und Appetit?)

„Auch gar nichts mehr!"

(Merken Sie Stuhldrang und Füllung der Blase?)

„Das habe ich auch nicht mehr in der Gewalt."

(Spüren Sie Ihre Glieder?)

„Nein gar nicht . . . das ist alles wie . . . ich kann es Ihnen auch nicht beschreiben."

Als er mit einer Nadel gestochen wird, gibt er an, er fühle gar nichts. Es ergibt jedoch eine Sensibilitätsprüfung, die sofort angestellt wird, daß er spitz und stumpf richtig unterscheidet. Man muß allerdings sehr in ihn dringen, wenn man Antworten erhalten will. Er hat Tendenz zu sagen, er fühle gar nichts mehr.

10. VIII. Liegt den ganzen Tag stumpf mit leerem Gesichtsausdruck auf dem Sofa. Ist getröstet, wenn man mit ihm spricht. Es sei ihm, als wenn es jede Minute schlechter würde. Er habe das Gefühl, der Geist ströme aus. Ein richtiges Gefühl sei es nicht. „Ich kann nicht sagen, woran ich es merke, es ist, wie wenn man ein Gefäß hätte und es ausströmt." „Woran ich das merke, kann ich nicht sagen." „Die ganze Seele und das ganze Streben gleitet weg."

(Ist das Ihr eigener Wille?)

„Es ist etwas Fremdes."

Dann: „Es ist der frühere Wille, den ich nicht beherrschen kann und der mich beherrscht."

(Haben Sie Ihre Eltern gerne?)

„Das kann ich auch nicht mehr; mir ist alles direkt abgeschnitten . . . die Empfindung. Schlafen kann ich daher auch nie; es zuckt immer weiter in meinem Kopfe."

(Sind Sie der gleiche?)

„Ich bin ein ganz anderer."

Er fühlt, daß er dem Zustand des Irrsinns nahe ist. „Wenn ich hier vom Irrsinn überfallen werde, dann zertrümmere ich alles und schlage alles tot." „Weil ich von einer ganz übermächtigen Gewalt regiert werde."

(Welche Gewalt ist das?)

„Das ist eben dieser Wille."

„Jetzt habe ich das Gefühl, wie wenn ich nur aus einem hohlen Kopf bestünde, in dem ein Dynamo summt."

(Spüren Sie Ihren Körper wie sonst?)

„Nein."

(Wie denn?)

„Es ist alles abgehackt."

(Spüren Sie das?)

„Ja." (Nickt mit dem Kopfe.)

Wenn er nicht spreche, so sei das nur der weiter fortschreitende Wahnsinn.

(Was spüren Sie am Körper?)

„Gar nichts."

(Sie sagten doch, daß alles abgehackt sei.)

„Es ist nur alles leer." Macht Bewegungen mit den Armen. „Überhaupt keine Verbindung mit dem Gehirn mehr, das Gehirn ist verstopft." Das was er erzähle, seien die letzten Gedankenkräfte. Er spüre, daß er sich nicht retten könne. Er sei jetzt imstande, alles totzuschlagen und sich völlig irrsinnig zu gebären.

(Erinnern Sie sich an Ihre Vergangenheit?)

„Nein, gar nicht."

Er habe noch ein kleines bißchen Vernunft, mit dem er spreche; das andere sei durch Dynamoströme hinaufgetrieben und zerrissen. „Das sind richtige elektrische Erscheinungen!"

(Woher wissen Sie das?)

„Weil ich es sehe und fühle."

Habe schon das Vorgefühl eines Anfalls gehabt. Er spürt das Summen des Dynamos an den Ohren.

(Fühlen Sie wirklich nichts?)

„Nein, gar nichts mehr." (Traurig.) Die Angehörigen täten ihm leid; das sei aber nur so ein Denken.

Als er gefragt wird, wann Goethe gelebt hat (er ist Germanist), wird sein Gesicht traurig, und er sagt fragend: „Goethe?"

(Wer war das?)

„Dichter."

(Wann lebte er?)

„1759 bis 1830."

(Wann lebte Schiller?)

„1759 bis 1805."

„Ich kann nicht mehr denken, es zieht sich alles aus dem Rückenmark raus und dreht sich rum." Im Kopfe spürt er ein elektrisches Zucken wie Blitze. „Es ist direkter Wille."

(Ist das Ihr Wille?)

„Der frühere Wille hat sich verschoben, indem er mich jetzt regiert. Es ist so wie eine fremde Gewalt."

(Aber es ist doch Ihr Wille?)

„Ich kann dem gebieten." (Sinnend.) „Wenn der Dynamo summt, so denke ich an nichts. Der Dynamo zieht alles aus den Beinen herauf. Das ist immer so."

(Wie erklären Sie sich das?)

„Das ist eben eine ganz schwere entstehende Geisteskrankheit."

Man sehe schon das Weiße in der Pupille des Auges.

(Ist Ihr Selbst noch das gleiche?)

„Nein (traurig), weil alles ganz anders geworden ist."

(Trachten und Fühlen?)

„Das habe ich nicht mehr."

(Empfinden Sie noch Schmerz?)

„Nein, es ist nur das letzte bißchen, das ich denken kann."

Bei Wiederholung der Frage: „Das kann ich gar nicht mehr."

(Freuen Sie sich, wenn der Vater kommt?)

„Ich kann mich nicht mehr freuen." Spontan: „Ich möchte so gerne das alles wieder zurück haben, aber es geht nicht." „Das Ausströmen ist nicht zeitweise, sondern stets."

(Haben Sie ein Ich?)

„Jetzt nicht mehr."

(Ist ein fremder Wille in Ihnen?)

„Das kann ich nicht mehr sagen."

(Können Sie noch etwas wollen?)

„Nein gar nicht."

(Aber eine Persönlichkeit ist doch noch in Ihnen?)

„Nein."

(Was sind Sie?)

„Das kann ich nicht sagen."

Er schmecke auch nicht mehr richtig.

(Merken Sie, was Sie essen?)

„So ganz undeutlich."

(Schmecken Sie den Schinken?)

„Nur wenn ich darauf achte."

(Ist er gut?)

„Die Empfindung habe ich nicht mehr." „Ich habe nur die Empfindung des Ausströmens, wie wenn der Geist immer mehr ausströmt."

(Was ists mit dem Dynamo?)

„Das ist immer noch so, nur noch stärker."

(Sie hören doch, wenn ich mit Ihnen spreche?)

„Ja."

(Sehen Sie das Fenster?)

„Ja, es verknüpft sich aber gar nichts dabei."

(Spüren Sie Hunger und Durst?)

„Nein."

(Spüren Sie die Blasenfüllung?)

„Nein."

(Sie müssen das doch merken, Sie halten sich doch rein?)

„Ganz leicht, ein wenig noch."

(Könnten Sie denn weiter essen, wenn Sie satt sind?)

„Das weiß ich nicht."

(Haben Sie das Gefühl der Sättigung?)

„Nein."

(Könnten Sie den ganzen Tag fort essen?)

„Das glaube ich nicht."

(Merken Sie, wenn Sie etwas gegessen haben?)

„Die Empfindung habe ich gar nicht mehr."

(Hören Sie jetzt anders als früher?)

„Das kann ich nicht sagen."

(Riechen Sie?)

„Nein, nur ein kleines bißchen." „Das Gefühl des Angenehmen habe ich überhaupt nicht mehr." „Ich kann gar nicht auf etwas achten." „Ich habe überhaupt keine seelischen Funktionen mehr."

(Sie sehen und hören doch?)

„Nein seelische meine ich."

(Ist die Empfindung des Körpers anders geworden?)

„Die habe ich nicht mehr, nur so wie wenn etwas von den Beinen in den Kopf strömte."

11. VIII. „Ich fühle wie ich allmählich zu einer Holzpuppe werde und von einem fremden Willen regiert werde."

12. VIII. „Mir wärs am liebsten, wenn man mich bald in eine Anstalt fortschaffte."

Als er an diesem Tag eine Karte von seinem kleinen Bruder erhielt, zeigte er deutliche Zeichen der Freude und Rührung. Auf die Frage, ob er sich darüber gefreut hätte, antwortete er: „Das kann ich nicht mehr!"

(Aber Sie waren doch sichtlich gerührt, Sie atmeten doch tief, sprachen mit gerührter Stimme?)

„Nein."

Die passiv erhobene Hand sinkt schlaff, wie leblos, abwärts.

„Ich fühle doch, wie es täglich schlimmer wird mit mir (mit sehr traurigem, weinerlichen Tonfall). Ich kann nicht mehr ruhig daliegen, das Gefühl der Erquickung fehlt. Das Gefühl des Schlafes fehlt vollständig, ich merke nur, wie die Gewalt immer stärker wird."

(Bei Ihrem Sprechen merke ich doch den Tonfall der Trauer!)

„Das ist nicht Trauer, das ist die Sprache eines, der halb wahnsinnig wird. Seelische Empfindung habe ich überhaupt nicht mehr, weinen kann ich überhaupt nicht. Bei mir ist es nicht Hypochondrie . . . es ist wirklich Irrsinn. Ich würde mir diese Gedanken aus dem Kopf schlagen, wenn ich könnte. Denken kann ich nicht mehr. Ich kann nicht mehr lachen."

(Ich werde Ihnen die Geschichte von der Strubelpepi erzählen!) (Beginnt herzhaft zu lachen.) „Das ist das Lachen eines Verrückten, da ist gar keine seelische Empfindung dabei."

(Waren Sie fröhlich, als Sie lachten?)

„So etwas gibt es gar nicht bei mir, ich merke, wie das Seelische völlig verschwunden ist, ich könnte alles machen, ohne eine Empfindung dabei zu haben. Das, was mich so vollständig umändert, ich kann es gar nicht beschreiben, der furchtbare Strom." „In den Bewegungen bin ich völlig umgewandelt."

(Stellen Sie sich Ihren Vater vor, können Sie das?)

„Nein."

(Ist er groß oder klein?) (Schüttelt den Kopf.)

(Sie erkennen Ihren Vater doch wieder?)

„Ich habe gar keine Empfindungen mehr."

(Sie erkennen mich doch auch wieder?)

„Ja, aber es ist keine Ideenverbindung dabei, weil alles im Gehirn sich so . . . . ."

Am gleichen Tage werden einige Assoziationsversuche mit ihm angestellt. Als Instruktion wird ihm gegeben, er solle möglichst rasch das antworten, was ihm bei den Reizworten einfällt. Er meint hinzu: „Ja, Einfälle habe ich gar nicht mehr."

(Sonne.)

„Gar nichts, es geht nicht mehr!"

(Ist die Sonne grün?)

„Die Sonne?!"

(Können Nachtwächter fliegen?) (Er lacht lebhaft dabei.)

(Haben Sie etwas Vergnügen gespürt?)

„Nein."

(Sie müssen doch den Unsinn erkannt haben!)

„Das ist ganz eigentümlich, es ist auch nicht so . . . ."

(Sehen Sie das Fenster?)

„Ja."

(Sehen Sie es wie früher oder anders?)

„Anders!"

(Inwiefern?)

„Das weiß ich nicht." Bei Wiederholung der Frage: „Bevor ich krank war, da hatte ich Ideenverbindung und Gemüt."

(Was hat das mit dem Fenster zu tun?)

„Da hatte ich doch Vorstellung."

(Sehen Sie das Grün der Bäume?)

„Ja."

(Sehen Sie es wie früher?) (Zögernd.)

„Ja, das kann ich nicht sagen, weil ich ein anderer Mensch bin."

(Wo waren Sie, als Sie aus der Klinik entlassen worden waren?)

„In Loschwitz."

(Wie sah es dort aus?)

„Das hat auf mich gar keinen Eindruck gemacht, auf mich macht überhaupt nichts Eindruck. Es ist wie umgestülpt."

Die Krankheit müsse daher kommen, daß er sexuell frühreif gewesen sei. Er sei ein Zwilling, sei stets schwächlich gewesen. Das Zwillingskind sei totgeboren worden. Er habe die üblichen Kinderkrankheiten durchgemacht (Masern usw.). Vom 16. oder 17. Lebensjahr an habe er sich völlig rein gehalten, in den früheren Jahren habe er sich Vorwürfe zu machen. Jetzt denke jeder, daß er furchtbar ausschweifend gelebt habe.

(Womit haben Sie sich in den ersten Semestern beschäftigt?)

„Ich habe bei B. H. und K. gehört."

(Was denn?)

„Bei K. Literaturgeschichte, bei B. das Nibelungenlied oder was es war." (Schüttelt leise den Kopf.) Seitdem diese Geschichte gekommen ist, ist alles wie umgestülpt . . . ich habe gar nicht den Zusammenhang mit dem früheren Leben! Ich kann auch nicht abschätzen, was gut und böse ist . . . . und furchtbar usw."

Es gelingt jetzt nach längerem Zureden, ihn dazu zu bringen, bei Assoziationsversuch zu antworten. Die Antworten erfolgen jedoch stark verlangsamt.

Gelb	Blume
Schlange	giftig
Sonne	Gold
Mond	golden
Fenster	viereckig
Tisch	vier Beine
Sterne	funkelnd
Schwarz	weiß
Grün	Wiese
Morgen	

„So auftauchen tut gar nichts, das ist es eben."

(Wie haben Sie denn die früheren Worte gefunden?)

„Ich habe keine Empfindung und Vorstellung bei den Worten."

(Was geschah denn, als Sie sagten Fenster . . . viereckig?)

„Ich weiß nicht."

(Was dachten Sie bei Sterne . . . funkeln?)

„Gar nichts."

(Haben Sie sich denn gar nichts dabei vorgestellt?)

„Nein."

Sonne . . . . . . Wiederholt mehrfach, daß sich gar nichts daran knüpft.

(Drängen sich keine Vorstellungen auf?)

„Nein."

(Referent läßt einen Gegenstand fallen, hörten Sie das?)

„Ja, aber eine direkte Klangempfindung habe ich nicht dabei."

(Wie meinen Sie das?)

„Das hat doch sonst . . . laut oder leise die Nerven erschüttert."

„Das Gefühl als ob ich Nerven und Körper hätte, habe ich überhaupt nicht. Ich fühle auch wie der Strom selbst im Gehirn organische Zerstörungen bewirkt!"

Auf Aufforderung beschreibt er seinen kleinen Bruder: Klein, blaue Augen, goldenes Haar . . . (beginnt zu weinen, Zeichen lebhafter Rührung).

(Sie weinten, fühlten Sie nichts?)

„Nein, ich habe überhaupt keine Seele mehr. Ich habe richtig gespürt, wie die allmählich wegschwand."

Er bezeichnet eine Reihe von Gegenständen prompt. (Das wissen Sie doch noch?)

„Das sind noch so einige . . . .'

„Das ist mir auch so furchtbar, mit Ihnen kann ich auch nicht die Seele austauschen, ich möchte mit Ihnen lieb sein, aber ich kann das nicht mehr." (Weint.)

(Sie weinen doch jetzt wieder, spürten Sie nichts dabei?)

„Nein."

„Ich bin kein Mensch mehr, ich habe keine Seele mehr."

Als ihm mittags eine überhaus stark gesalzene Suppe vorgestellt wird, ißt er sie, ohne eine Miene zu verziehen. Sagt gar nichts. Als er gefragt wird, sagt er, er hätte gar nichts dabei gefühlt.

Aus dieser Zeit stammen auch einige schriftliche Äußerungen des Patienten, die er sich auf Postkarten notiert hat. „Bringt mich, bitte, bitte in eine Irrenanstalt, Coswig glaube ich, ist das beste. Meine Krankheit ist unheilbar. Wenn Ihr wüßtet, was das heißt, irrsinnig zu werden und nicht mehr denken zu können, getrieben zu werden, ohne jemals Ruhe zu finden!

Was hat der Arzt gesagt?"

Eine andere Karte lautet: „Meine armen, armen Eltern! O, was war das für eine fürchterliche Qual, 6 Wochen lang das Ausströmen der Seele und des Geistes zu empfinden; wie man nicht mehr zu seinen Mitmenschen lieb sein kann, wie früher. Mit großer Deutlichkeit vor Augen zu sehen, das Schicksal eines Irren. Daß ich Euch nun so furchtbar zur Last falle, unserer Familie Schande bringe. O hätte ich in der Jugend rein gelebt, wie wollte ich in der Studentenzeit hohen Idealen nachstreben. Da war es zu spät. Denk an Euren Gotti zurück, wie er früher war, der jetzige ist nur ein Zerrbild davon. Wie wollte ich Euch Liebe erweisen, wenn ich gesund zurückkehrte. Aber nun ist alles zu spät. Nach mathematischen Gesetzen. Meine armen Eltern. Unbewußte Sünden meiner Jugend rächen sich jetzt mit unheilbarer Geisteskrankheit. Ich wollte, ich hätte mich damals im Garten getötet. Nun ist es aber doch furchtbar, daß Ihr diesen Schlag wohl nie überleben werdet."

Er schreibt folgenden Brief nach Hause:

„Lieber guter Vater!

Kannst Du nicht in den nächsten Tagen möglichst bald wieder einmal zu mir kommen. Sieh bitte doch zu, daß Du es ermöglichen kannst, mein lieber guter Vater! Ihr Lieben, das liebe gute Muttchen, die liebe Schwester, das liebe Büblein seid vielmals gegrüßt!"

Er klagt in dieser Zeit ständig, er könne nicht schlafen, während es objektiv festgestellt ist, daß er die Nächte im ruhigen Schlafe verbringt.

13. VIII. „Ich bin ganz verändert und irrsinnig, der Motor wird immer ärger."

(Ist Wille in Ihnen?)

„Nein."

(Ist die Außenwelt verändert?)

„Alles ganz anders."

(Inwiefern?)

„Ich merke nur immer, daß sich das immer schneller im Kopfe dreht . . . . die Bewegungen . . . . vollständig irrsinnig, apathischer Gesichtsausdruck!"

(Sie sehen doch?)

„Ja, ich kann aber gar nichts dabei denken."

15. VIII. Traurige Haltung und Miene. „Mir geht es schlecht, weil ich jeden Moment ein anderer Mensch werde, ich habe jetzt überhaupt kein Gefühl mehr!"

„Das geht unter keinen Umständen, daß meine Eltern einen irrsinnigen Sohn haben. Ich fühle genau, wie ich zu allem fähig bin, daß eine furchtbare Macht über mich kommt."

(Wille?)

„Ich habe keinen mehr."

Es ist dabei auffällig, daß er in den Gesten und Tonfall der Stimme auffallend energisch ist.

„Es ist der Moment herangekommen, wo ich überhaupt nichts Seelisches habe, ich kann den Eltern nichts Liebes mehr erweisen." Wolle Selbstmord begehen. „Ich merke es an meiner Veränderung, daß es immer schlechter wird." Er sei seit 20 Tagen jeden Moment anders geworden.

(Woran merken Sie das?)

„Daß ich keine Seele habe."

(Was ändert sich?)

„Das weiß ich nicht."

(Woran merken Sie die Veränderung?)

„Das weiß ich auch nicht. Seit 20 Tagen gestaltet der elektrische Strom meinen Körper anders."

„Es ist keine Empfindung mehr, solche Fähigkeiten, daß ich etwas empfinde, habe ich nicht mehr."

„Ich kann nie mehr ruhen, es kreist immer weiter."

(Sehen Sie nicht?)

„Ich starre nur immer gerade aus."

In der Tat ist er nicht zum Fixieren von Objekten zu bringen.

23. VIII. Im Anschluß an einen Besuch der Mutter ist er merklich freier, fragt, ob er in zwei oder drei Wochen wieder gesund werde.

24. VIII. Er fühle sich viel wohler, spüre nur noch einen Druck im Hinterkopf. Er spricht mit freier Stimme, Haltung und Mimik nicht mehr gebunden.

(Haben Sie seelische Gefühle?)

„Ach ja."

(Empfinden Sie Freude, Trauer und Schmerz?)

„Ja."

(Sind Sie anders als zu der Zeit, da Sie keine Gefühle hatten?)

„Ich fühle mich ein bißchen freier. Mir kommt es vor, als sei ich so wie früher, als ich Student war."

(Was war in der jüngst vergangenen Zeit?)

„Da lag ich nur da und habe herumgestarrt."

(Waren Sie derselbe Mensch?)

„Als Student hatte ich mich ja noch gefühlt."

(War ein fremder Wille in Ihnen?)

„Ich glaube es war nur Einbildung."

(Spürten Sie wie der Geist ausströmte?)

„Das war vielleicht bloß . . . . (stockt!)

(Wie würden Sie es jetzt bezeichnen?)

„Ein Ziehen."

(Schmeckt das Essen?)

„Das Essen schmeckt mir jetzt wieder."

(Und früher?)

„Das weiß ich auch nicht, was das war."

(Wie würden Sie den früheren Zustand bezeichnen?)

„Vollständige Apathie."

(Hatten Sie Gefühle?)

„Ich erinnere mich gar nicht an die Zeit." „Ich weiß nicht mehr, wie ich damals war. Da habe ich viel Unsinn gequatscht." (Lacht.) „Ich habe mir damals Geisteskrankheit eingebildet."

(Was haben Sie als elektrischen Strom bezeichnet?)

„So eine Art Druckgefühl."

Während seines Stirnhöhlenkatarrhs habe er auch bisweilen die Empfindung gehabt.

„Ich bin ja jetzt auch noch nicht geistig so rege."

(Warum?)

„Weil ich mich noch nicht für alles interessieren kann. Ich habe einen dumpfen Druck im Kopf." Er fühle, daß er jetzt besser schlafe. Die Äußerung vom 1. VIII., daß man die veränderte Willenstätigkeit durch den Galvanisationsapparat feststellen solle, erklärt er damit, daß er mit einem Kollegen über das psychogalvanische Phänomen gesprochen habe. Daß ihm sein Wille verändert vorgekommen sei, wisse er auch nicht mehr so. „Es war immer das dumpfe Druckgefühl im Kopf und da habe ich mir eingebildet, daß es Geisteskrankheit würde." Er lacht über seine Äußerungen, bezeichnet sie als Unsinn. Die ganze Erinnerung sei verschwommen. Er wisse nicht, wie er dazu kam, zu behaupten, er sei ein anderer Mensch und habe keine Gefühle mehr. Doch seien ihm seine Klagen nicht fremd. Er könne jetzt nicht mit Bestimmtheit sagen, ob er in diesem Zustand wirklich gefühllos gewesen sei. „Ich denke mir das jetzt so, daß ich immer nur diese Empfindung im Kopfe hatte und gegen die Außenwelt wie abgeschlossen und apathisch war." Er erinnert sich an das Tatsächliche der Äußerungen. Die Gefühle ließen sich in der Erinnerung schlecht zurückrufen.

25. VIII. Klagt über Druck am Kopfe. Es sei hinter den Augen, wie wenn er einen seelenlosen Blick hätte. Vermutet doch einen Zusammenhang seiner Erkrankung mit seinem Geschlechtsleben. Er leugnet, daß während der Krankheitszeit geschlechtliche Vorstellungen bestanden. Nach Zögern gibt er zu, seine Schwester und Mutter in sexuelle Phantasien einbezogen zu haben. Er gibt das erst dann zu, als ihm gesagt wird, daß dies in der Pubertätszeit kein seltenes Vorkommnis sei. Seit zwei Jahren sei er rein.

(Hatten Sie wirklich das Gefühl der Veränderung?)

„Ja, es kam mir so vor."

(Worauf bezog sich diese Veränderung?)

„Das kann ich nicht sagen . . . . ein ganz eigentümlicher Zustand."

(Wie kam die Besserung?)

„Das kann ich auch nicht genau sagen." „Es war mir so im Kopfe, ein bißchen anders."

Er erkennt fast alle Äußerungen aus seiner Krankheitszeit (die mit ihm durchgegangen werden) wieder. Über den Seelenzustand, aus denen sie hervorgingen, kann er keine Auskunft geben. Er erinnert sich an den Assoziationsversuch, weiß anzugeben:

Grün . . . . Wiese.

(War das mit Schwierigkeiten verknüpft?)

„Wie meinen Sie . . . . . das Denken?"

„Es war komisch, ich kann nicht mehr beschreiben, wie es war."

Über den Brief vom 12. VIII. meint er, es sei ihm plötzlich die Sehnsucht gekommen, diese sei aber rasch wieder geschwunden (er hatte das aber früher in Abrede gestellt). Er kann noch nicht sagen, ob er das Gefühl gehabt hatte, der Körper sei leichter. „Da habe ich vielleicht die Empfindung gehabt."

30. VIII. Nachts zeitweise unruhig, sagte: „Es wäre doch am besten, wenn man tot wäre."

Er wird allmählich wieder depressiver, der Gesichtsausdruck ist traurig. „Es ist alles umgekehrt bei mir, recht irrsinnig." Spüre ein Ziehen im Kopfe, „Das benimmt mir den Verstand."

(Fühlen Sie seelisch?)

„Ich bin apathisch."

(Können Sie sich freuen?)

„Ach ja, natürlich."

4. IX. Klagt über Druck im Kopfe, sonst fühle er sich ganz gut. Er gibt zögernd an, seelische Gefühle seien da.

(Abgeschwächt?)

„Das weiß ich auch nicht so." Das Denken sei nicht ganz scharf. Er rechnet jedoch leidlich, braucht allerdings zu Aufgaben wie 9×63 ziemlich lange Zeit, macht auch gelegentlich Fehler. Von Dichtern der Sturm- und Drangzeit weiß er keine zu nennen. Von Romantikern nennt er Eichendorff, Platen, Schlegel, Tieck, Schleiermacher. Er wünscht nach Hause zu kommen.

28. IX. Sprach in der letzten Zeit viel von „Rembrandt als Erzieher". Es wird da vom heimlichen Kaiser gesprochen. Sein Lehrer hätte von dem Buche gesagt, es sei gefährlich. Er solle lieber nicht darin lesen. Der Verfasser des Buches, sagt der Kranke, sei daran zugrunde gegangen. Er erschoß sich. Er wollte alles ergründen. Er proklamierte den heimlichen Kaiser. Der Name M. (der Name des Patienten) wird direkt genannt. „Aber ich bin es nicht (lächelnd). Es fiel mir nur so auf." Vor kurzem habe er in der Universitätsbuchhandlung ein Buch gesehen, betitelt „M. der Große — eine Kaiserbiographie der Zukunft". Vielleicht handle es sich um seinen Onkel, der habe bisher nichts gemacht. „Da (in dem Buche) steht auch die geheimnisvolle Stelle: Vielleicht erschlägt der Bauer doch noch den Professor. Der Deutsche Michel ist ein Bauer. Das ist eigentümlich, ich habe Photographien von meinen Vorfahren gesehen, die Bauern sind." „Der heimliche Kaiser ist schon da, wie könnte sonst ein Buch über ihn erscheinen, es ist erst 1911 erschienen." „Es kam mir so ganz merkwürdig vor." „Die Stelle in ‚Rembrandt als Erzieher', die vom Genie handelt, hat großen Einfluß auf mich gehabt. Es hieß ‚Das Genie ist beständige Konzentration'." Zur wissenschaftlichen Bedeutung sei eine Art Intuition nötig. „Wer vorwärts blickt, wird vorwärts gezogen." So hieße es in dem Buche. „Das habe ich versucht, das hat auf mich direkt schädliche Nachwirkungen gehabt."

Er wurde dann aus der Klinik entlassen und kam nach Hause. War aber anfänglich noch teilnahmslos. Im Januar 1913 fing er an sich wieder etwas zu beschäftigen und hörte einige Vorlesungen an der Technischen Hochschule in D. Im nächsten Semester nahm er sein Studium in Leipzig wieder auf. Im Juli 1913 aß er zwar gut, schlief gut. Aber er ist noch nicht der Alte. „Ich vermisse bei ihm namentlich noch Initiative und Energie." (Bericht des Vaters.)

Zusammenfassung:

Es handelt sich um einen 21jährigen Studenten, der sich normal entwickelt hat und eine etwa der Norm entsprechende Begabung zeigte. Er erkrankt zunächst unter dem Bilde schwerer Neurasthenie. Es ist bereits auffällig, daß im Vordergrund Selbstbeschuldigungen sexueller Art stehen. Auch ist er gegen Zuspruch nicht empfänglich. Aus diesem neurasthenischen Zustande heraus entwickelt sich akut ein psychotisches Zustandsbild. Er klagt über völlige Veränderung seiner Person, über durchgreifende Veränderung seiner Willenstätigkeit, über Unfähigkeit zu fühlen und die Außenwelt zu erfassen. Auch in seinen intellektuellen Funktionen und in seinem Erinnerungsvermögen fühlt er sich schwer beeinträchtigt. Dieses Bild, das im wesentlichen als das der Depersonalisation bezeichnet werden kann, erhält eigenartige Züge dadurch, daß er seinen Willen durch elektrische Ströme vernichtet und ersetzt glaubt. Auch kehren während dieses Zustandes Selbstvorwürfe sexueller Art wieder. Nach mehrwöchentlicher Dauer schwindet die Depersonalisation in unmittelbarem Anschluß an einen Besuch der Mutter. Die Erinnerung an den Zustand ist nur eine summarische. Allmählich entwickelt sich eine weitere psychotische Phase, in der Beziehungsideen dominieren. Er entdeckt in einem Buche Andeutungen einer Mission seiner selbst und seiner Familie.

Epikrise:

Geben wir zunächst einen genaueren Überblick über den Zustand auf der Höhe der Depersonalisationsattacke:

1. Veränderungen der Wahrnehmung. Diese erstrecken sich auf sämtliche Sinnesgebiete. Optisch: Er gibt an, das Fenster zu sehen, sieht es aber anders als früher, weil er vor seiner Erkrankung Ideenverbindung und Gemüt hatte. Er kann nicht sagen, ob er das Grün der Bäume in gleicher Weise, wie früher, wahrnimmt, weil er ein anderer Mensch ist. Als er gefragt wird, gibt er zu, einen Gegenstand fallen gehört zu haben, aber eine direkte Klangempfindung habe er nicht dabei gehabt. Über Geschmack und Geruch macht er ähnliche Angaben. Eine versalzene Suppe nimmt er, ohne daß es Eindruck auf ihn macht. Auch die Hautempfindungen sind seiner Ansicht nach verändert. Doch ergibt die eindringende Untersuchung, daß er wahrnimmt, wiewohl er angibt, weder spitz noch stumpf zu fühlen. Auch sonst ergibt die objektive Untersuchung der Sinnesorgane keine Störungen. Es scheint mir, daß der Patient seine Eindrücke im wesentlichen richtig analysiert, wenn er sagt: „Es verknüpfe sich nichts mit den Eindrücken." Jedenfalls zeigen die Empfindungen im engeren Sinne keine Störungen.

Sehr zahlreich sind die Klagen über Veränderung am eigenen Körper. Der Kopf sei wie hohl, der Körper sei leicht geworden, das Gehirn sei wie verstopft, er sei in den Bewegungen völlig umgewandelt, er sei so leicht, wie wenn

er fliegen könne. Das Gefühl, als ob er Nerven und Körper hätte, fehle. Er wisse nicht, ob er gegessen habe, habe keinen Hunger und keinen Appetit, die Gefühle der Sättigung fehlten, er spüre die Blasenfüllung nicht, habe den Stuhldrang nicht in seiner Gewalt. Bei der Beurteilung dieser Störungen ist zu berücksichtigen, daß ataktische Erscheinungen nicht vorhanden waren (also keine Störung der Lageempfindung) und daß andernteils die Blasen- und Mastdarmfunktionen nicht gestört waren. Man wird also (was später noch eingehender zu begründen sein wird) annehmen dürfen, daß die Coenästhesie im engeren Sinne gleichfalls nicht gestört war, daß es sich vielmehr um eine Störung der Wahrnehmung und Verarbeitung dieser Empfindungen gehandelt hat.

2. Die Gefühle. Schon am 1. VIII. beteuert der Patient, er hätte keine Gefühle und die ganze Seele fehle. Diese Klagen kommen immer wieder. Er gibt zwar an, die Angehörigen täten ihm leid, das sei aber nur so ein Denken. Er könne sich weder richtig freuen, noch könne er richtig traurig sein. Im auffallenden Gegensatz zu diesen ständig betonten Angaben steht, daß äußere Zeichen der Gemütsbewegung und des Affekts bei dem Patienten stets vorhanden waren. Wenn er klagte, zeigte er Mimik und Haltung der Trauer, sprach er von seinen Eltern oder von seinem Bruder, so wurde seine Stimme gerührt, ja er brach sogar bisweilen in Tränen aus. Andernteils war es leicht, ihn zum herzlichen Lachen zu bringen. Beachtenswert ist auch, daß die mitgeteilten Aufzeichnungen und Briefe durchaus gefühlvoll, ja geradezu sentimental gehalten sind. Will man diesen Widerspruch deuten, so muß daran erinnert werden, daß wir auch bei den Gemeinempfindungen anzunehmen gezwungen waren, daß die Angaben des Kranken nicht ohne weiteres den wirklichen Sachverhalt wiedergeben. Man wird also annehmen müssen, daß der Patient tatsächlich Gefühle hatte. Weshalb er diese Gefühle nicht als die seinen anerkennt, hoffe ich im weiteren Verlaufe der Ausführungen zeigen zu können.

3. Vorstellungen und Erinnerungen. Auch hier äußert der Patient Klagen. Er gibt z. B. an, er könne sich nicht an Loschwitz entsinnen, könne nicht die Gestalt seines Vaters beschreiben. Doch zeigen gelegentliche Äußerungen, daß sinnlich lebhafte Vorstellungen vorhanden sind, so z. B. wenn er seinen kleinen Bruder beschreibt. Auch gelegentliche Prüfung des Gedächtnisses ergibt, daß dieses wenigstens im groben erhalten ist. Leider sind exakte Merkfähigkeitsprüfungen nicht angestellt worden. Das Wiedererkennen von Personen und von Gegenständen erwies sich als ungestört. Es ergibt sich also, daß gröbere Störungen im Rohmaterial der Vorstellung und Erinnerung nicht vorhanden waren.

4. Intellektuelle Funktionen. Zweifellos bestehen Denkstörungen im engeren Sinn, wenn sie auch nicht so weitgehend sind, wie es von dem Kranken dargestellt wird. Es fehlt die Spontaneität des Denkens. Die Gedanken richten sich nicht auf die Außenwelt und verarbeiten die Eindrücke dieser nicht oder nur unvollständig. Der Kranke ist im wesentlichen nur mit seinem eigenen Ich beschäftigt und beobachtet im wesentlichen nur dessen Zustände. Ob in den vielen Stunden des Tages, wo der Kranke regungslos und ohne Initiative dasaß, überhaupt Denkarbeit geleistet wurde, muß dahingestellt bleiben. Der Patient klagt selbst darüber, daß ihm Ideenverbindung und Gemüt fehle. Er selbst gibt an, nicht mehr denken zu können. Charakteristische Ergebnisse

bietet der Assoziationsversuch. Die Antworten erfolgen verlangsamt, doch sind die Assoziationen nicht minderwertig. Eine genauere Beschreibung der Vorgänge während des Assoziierens ist von ihm nicht zu erhalten. Bemerkenswert ist, daß sich in seinen Briefen und in den Gesprächen die Fähigkeit zeigt, Gedankengänge, die auf seine Krankheit Bezug haben, mit Konsequenz durchzudenken.

5. Wille und Persönlichkeit. Es ist die hauptsächlichste Klage des Patienten, daß er in seiner gesamten Persönlichkeit auf das schwerste verändert sei. Er glaubt sich dem Irrsinn nahe, er fühlt sich wie umgestülpt, er fühlt sich zu einer Holzpuppe werden, die von einem fremden Willen regiert wird. Er habe überhaupt nichts Seelisches mehr. Aufs engste verbunden mit diesen Klagen sind Klagen über die Zerstörung seines Willens. Er begreife jetzt erst richtig, wie tatsächlich der Wille dasjenige sei, was als eigentliches Zentrum angesehen werden müsse. Er fühlte, wie sich der Wille allmählich auflöste und ersetzt werde durch furchtbare elektrische Willensströme, die er nicht mehr regieren könne. Diese Klagen kommen mit geringen Variationen immer wieder. Sehr bemerkenswert ist, daß er gegen das Ende der Depersonalisationsphase angibt, er sei seit 20 Tagen jeden Moment anders geworden. Bei der Beurteilung der Willensstörungen wird man sich vor Augen halten müssen, daß auch zum Sprechen und zu den Verrichtungen des täglichen Lebens Willensanspannung erforderlich ist. Ich konstatierte ferner, daß beim Sprechen der Tonfall außerordentlich energisch erschien. Also auch hier wird man an den Äußerungen des Kranken Kritik üben müssen. Unberührt von dieser bleibt zunächst nur die Klage der Veränderung der Persönlichkeit. Ich halte in der Tat für richtig, daß M. während der Krise auf das Schwerste in seiner Gesamtpersönlichkeit verändert war. Die weitere theoretische Deutung dieser Veränderung wird im folgenden gegeben werden.

6. Die Erinnerung an die Krise. Sie ist auffallend dürftig. Der Patient hat für sie nur die Ausdrücke, es sei komisch gewesen. Er gibt an, sich den Gefühlszustand nicht zurückrufen zu können. An tatsächliche Ereignisse, die während der Krise vorgefallen sind, erinnert er sich jedoch gut. Er erkennt auch die Äußerungen wieder, die er auf der Höhe der Erkrankung getan hat. Es ist nicht auszuschließen, daß diese Dürftigkeit der Angaben mit dadurch bedingt ist, daß auch nach der Krise noch eine psychische Affektion vorhanden war. Es schließt sich hier die Frage an, ob nicht gewisse Elemente der Depersonalisationskrise auf den Grundprozeß (den wir noch näher charakterisieren werden) zurückzuführen sind. Ich glaube jedoch nicht, daß wir das Recht haben, die Theorien des Kranken über elektrische Ströme in seinem Körper ohne weiteres als Wahnideen zu bezeichnen. Es könnte immerhin nur ein, wenn auch nicht glücklicher Versuch sein, eigenartige psychische Begebenheiten zu beschreiben.

Kürzer können wir uns bezüglich der der Depersonalisation folgenden Periode fassen. Der Patient liest eigenartige Beziehungen zu sich selbst aus Büchern heraus und durch seine Äußerungen leuchtet der Glaube einer besonderen persönlichen Berufung seiner und seiner Familie durch. Die Diagnose einer Schizophrenie unterliegt wohl keinem Zweifel.

Wir kommen zu der Frage, ob wir psychogene Momente für die Entstehung der Krankheit oder des Zustandsbildes mit heranziehen können. Hier ist nur zu erwähnen, daß die Inzestphantasien, die der Kranke zugab, im Sinne Freudscher Mechanismen gedeutet werden könnten. Wieweit diese Annahme Berechtigung hat, sei erst im späteren eingehender erörtert.

Fall 2. Johanna H., geboren 1881, zum ersten Male aufgenommen am 24. VII. 1908, Tochter eines Arztes. Es wurden folgende Angaben gemacht: Sie stammt aus gesunder Familie, nur die Mutter und die Schwester der Mutter gelten als etwas nervös. Sie ist das einzige Kind. Sie hat sich normal entwickelt. Mit 14 Jahren zum ersten Mal menstruiert, die Periode zunächst regelmäßig, dann unregelmäßig. Sie zeigte gute Intelligenz. Im Charakter war sie nicht egoistisch, hatte stets wenig Initiative und auch keine Freude an der Arbeit. Sie hatte keine besonderen Interessen, begann vieles, ohne es richtig fortzusetzen. Sie liebte die Einsamkeit. Mit 24 Jahren verheiratete sie sich (2 Jahre vor der Aufnahme). Zwei Monate nach der Verheiratung hat sie eine Fehlgeburt durchgemacht. Die gegenwärtige Erkrankung begann etwa 3 Monate nach einer (normalen) Geburt. Die Patientin war bereits längere Zeit zu Hause behandelt worden, war auch in einem Sanatorium. Wiederholt traten kürzere Remissionen auf. Sie wird der Klinik mit der Angabe zugeführt, sie habe Suicidideen geäußert. Die körperliche Untersuchung ergab einen vollkommen negativen Befund. Insbesondere waren die sensorischen und sensibeln Funktionen ungestört. Die Patientin gab an, ihre Mutter sei sehr nervös, sie sei früher blutarm, aber sonst gesund gewesen. Am 12. XI. hätte sie eine Geburt durchgemacht, die bis auf eine künstliche Entfernung der Nachgeburt glatt verlaufen sei. Das Kind lebe. Sie habe es nicht selbst gestillt. Im Wochenbett habe sie in der Haut des ganzen Körpers Schmerzen verspürt, im Februar Influenza. Da sei dann ein „fürchterlicher Umschlag" gekommen. Zunächst habe sie versucht, das Drückende zu überwältigen, jetzt wache sie jeden Morgen mit dem Gedanken auf: „Ach, wie traurig." „Ich dachte das nicht selbst, es kam." Seither fühle sie sich gedrückt. Sie glaubt nie wieder gesund werden zu können. Sie könne sich nicht zurecht finden. Alles ist seither bei ihr ganz anders, was es ist, weiß sie nicht, sie könne sich nicht zurecht finden und Zurückliegendes nicht übersehen. Ihr Selbstgefühl sei verändert. „Das ist eben die Krankheit." Sie könne die Größe ihres Unglücks nicht recht bemerken, sie sei auch früher an großen Ereignissen immer achtlos vorbeigegangen. Sie weiß, daß sie aus ihrem Leiden nicht herauskommen kann. Sie klagt über Schmerzen in der Brust und in allen Gliedern. Sie sei vollständig benommen, habe kein Interesse, sei gleichgültig. Wenn ihr Mann fortging, habe sie ihm früher stets nachgeweint, das möchte sie wieder haben.

In den folgenden Wochen ist sie dauernd mißgestimmt (mit geringen Tagesschwankungen), grübelt ständig über ihren Zustand, hält ihn für aussichtslos, weil er in ihrem Charakter begründet sei. Es sei gleichgültig, ob ihr Zustand besser sei oder nicht, denn sie werde eine Besserung nicht merken können. Es war auffallend, daß ihre Reflexionen etwas Selbstgefälliges an sich hatten. Bei einem Besuch ihrer Angehörigen zeigte sie keinerlei Interesse für häusliche Verhältnisse, fragt nicht nach Mann und Kind.

Am 4. X. ist sie morgens leicht euphorisch, abends ist sie jedoch wieder weinerlich.

Am 6. X. freut sie sich über den Besuch ihres Mannes, mit dem sie eine Ausfahrt unternimmt. Am 8. X. ist die Stimmung wieder etwas gedrückter, macht sich Vorwürfe, ihren Angehörigen ihre Liebe und Aufmerksamkeit nicht entgelten zu können. In der folgenden Zeit schlägt die depressive Stimmung häufig in Euphorie um, sie bringt die erstere mit Kopfdruck in Zusammenhang. Schließlich ist die heitere Stimmung fast dauernd, sie ist zu Scherzen aufgelegt. Lächelt verlegen, als ihr die früheren Äußerungen vorgelegt werden. Bis Anfang November 1908 treten noch leichte Schwankungen auf, sie wird schließlich nach Hause entlassen.

Kurz nach ihrer Entlassung stellt sie sich dem behandelnden Arzte nochmals vor, sie bietet ein ausgesprochen hypomanisches Zustandsbild und erscheint auffallend heiter.

1909 ein zweiter Partus. Es kamen Gedanken, die sie niederschreiben mußte, sie schrieb alles auf, was sie Schönes gesehen hatte. Hat ganze Kartons voll Zetteln, die sie damals geschrieben hat. Sie war heiter gestimmt, jedenfalls ein bißchen aufgeregt, nahm körperlich zu, hatte glänzende Augen, kümmerte sich um ihre Wirtschaft. Nach $1-1^1/_2$ Jahren magerte sie wieder ab (in der III. Gravidität). Hatte einen eigenartigen Geschmack

im Munde und konnte nicht essen. Geburt am 10. VIII. 12. Hatte Mastitis. Nach dem Partus ist sie wieder gebessert. Im Herbst 1912 in Meran. Dort trat Schwächegefühl in der Herzgegend auf, sie fing wieder an zu grübeln, machte sich Vorwürfe, nicht für ihre Kinder gesorgt zu haben. Es habe ihr stets manches in ihrem Gefühlsleben gefehlt; sie kam, da der Zustand sich nicht besserte, am 8. XII. in die hiesige Klinik.

Sie klagt über Sensationen und über das Gefühl, der Augapfel sei verändert und die Pupille sei kleiner, gleichzeitig ist es ihr, als ob sich alles drehte. Sei dadurch geschädigt worden, daß ein Arzt ihr zu viel Pulver gegeben habe. Sie klagt sich an seit jeher egoistisch gewesen zu sein.

18. II. Mein Brom wirke „erleuchtend" auf sie, ihre Pflegerin sei ihr als Todesengel erschienen.

16. I. 13. Wechselnde Stimmung, keine eigentliche Depression. Fürchtet hypnotisiert zu sein, fürchtet, ihr Mann sei gestorben. Dieser sei herzkrank, er leide an Herzerweiterung.

22. I. Glaubt, daß ihr Mann nicht mehr lebt.

In der Folgezeit wird die Wahnvorstellung korrigiert, sie ist deprimiert, äußert Suicidideen und es tritt allmählich das Zustandsbild ein, das im folgenden beschrieben wird.

14. III. Sie ist vollkommen klar, ruhig und geordnet. Der Tonfall der Stimme ist indifferent, apathisch, müde. Die gleiche Stimmung drückt sich in der Haltung und Mimik aus. Doch wird sie im Verlauf des Gespräches eifriger, begleitet das Gesprochene mit adäquater Gestik und Mimik. Ihr jetziger Zustand sei ein ganz anderer, als der frühere. Damals hätte sie im Spiegel gesehen, wie etwas über sie kam und das sei ihr dann zehn Monate hinten nach gegangen. „Aber es war ganz anders. Ich sagte immer, ich werde nicht wieder gesund. Damals lag es nicht im Kopf und jetzt liegt es im Kopf." Sie fühlt sich verändert gegenüber der Zwischenzeit, in der sie gesund war. „Ich weiß, daß kein Mensch mich versteht." Es bliebe ihr nur die Wahl zwischen lebenslänglicher Anstalt und Selbstmord. Das Denken sei schlechter geworden. Sie rechnet aber auf Aufforderung vollkommen prompt. Sie klagt auch: „Wenn man mir etwas erzählt, so kann ich es mir nicht zusammenreimen." „Ich kann es nicht so vergegenwärtigen." Als ihr hierauf ein Zeitungsartikel vorgelesen wird, kann sie ihn nur zum Teil wiedergeben. Sie könne es sich nicht zusammenreimen, trotzdem sie den Wunsch dazu habe. Die Auffassung lasse nach. „Ich weiß zum Beispiel, ich sehe, daß ich gehe und fühle, daß ich nicht gehe." „Dann höre ich Stimmen und Geräusche hier hinter dem Ohr und dann kann ich auf die dümmste Sache wieder aufmerksam hinhorchen. Bisweilen wisse sie nicht, wo sie sei. „Ich bin bloß betäubt. Ich sage auch mit der größten Ruhe, daß ich lebenslänglich krank bin, aber das rührt mich nicht." „Ich kann auch über die gleichgültigste Sache sprechen, wiewohl ich weiß, daß ich verloren bin." Während sie dies erzählt, wird die Miene depressiv, die Augen füllen sich mit Tränen. „Auch kann ich lachen und gleichgültige Sachen sprechen mit dem Bewußtsein, daß ich verloren bin. Manchmal möchte ich lachen, aber hier ist alles Stein. Wenn ich lachen will, so kann ich es entweder nicht oder es kommt ein ganz idiotenhaftes Gesicht hervor."

(Sind Sie freudig, wenn Sie lachen, traurig, wenn Sie weinen?)

„Nein, wie kann man freudig sein, wenn man weiß, daß man verloren ist."

Sie sei aber auch nicht traurig. Sie empfinde jetzt mit besonderer Tiefe, wie gut es sein müsse, wenn man gesund ist. Sie sei jetzt in Wesen und Manieren verändert. Früher sei sie zu ihrer Umgebung freundlicher gewesen. Sie mache sich jetzt auch nichts daraus, wenn sie schlechte Manieren zeige, sich z. B. mit dem Tischtuche die Nase abzuwischen. Sie könnte jetzt auch keinen Haushalt bewältigen, weil sie nicht denken kann. „Die Ärzte wissen nicht, was mir fehlt. Ich bin nicht deprimiert."

Das Essen schmecke ihr nicht so wie früher, es sei ihr gleich, sie könne acht Tage ohne Essen bleiben. Es liege alles am Kopf, sie werde gesund werden, wenn es gelänge, ihr einen anderen aufzusetzen. Sie gibt zu, den Geschmack zu bemerken, sie weiß aber nicht, ob es gut oder schlecht ist. Durst empfindet sie. „Ich lebe auch so, daß ich gar nicht aufpasse, ob es draußen warm oder kalt ist. Ich gucke auch nie nach dem Wetter." Sie gibt an, Berührungen zu spüren. Rechts sei die Empfindung deutlicher. Die ganze linke Seite sei verändert. Der linke Fuß und der linke Arm seien schwächer. Am linken Arm bestünden eigenartige ringförmig angeordnete Sensationen. Das Herz ziehe sich sehr oft zusammen. Eine sofort angestellte Sensibilitätsprüfung ergibt, daß spitz und stumpf im Gesamtbereich des Körpers prompt unterschieden werden.

Plötzlich beginn sie bei einem nichtigen Anlaß heftig zu lachen. Sie macht den Eindruck einer maßlos vergnügten Person. Das Lachen geht unmittelbar in Weinen über. „Es ist keine gute Laune, es ist nicht natürlich." Der Wechsel zwischen Lachen und Weinen besteht einige Zeit fort.

Sie sehe im wesentlichen noch so gut wie früher, die Farben nehme sie wahr, aber sie könne sich für die Farben, die ihr früher gefallen hatten, nicht mehr so begeistern. Das Hören sei gut, Musik habe schon früher nicht auf sie gewirkt. „Auf mich wirkt bewußt überhaupt nichts. Jetzt weiß ich auch nicht, warum ich gelacht und geweint habe."

„Ich weiß überhaupt nicht, wie man sich müde fühlt." „Man sagt immer, ich sei deprimiert, ich empfinde jetzt alles viel tiefer, wie früher." Ihre Krankheit sei eigentümlich. Sie finde sich manchmal in ihrer Umgebung nicht zurecht. „Ich weiß nicht, daß ich im Zimmer bin." Sie klagt auch über Visionen. Nachdem ihr Referent vorgestellt war, sah sie ihn vor sich, einen Brief mit blauem Kouvert haltend und dieses aufreißend. Sie wußte, daß es eine Täuschung war. Das Bild war nicht so, daß man es hätte mit der Hand fassen können. Dergleichen käme ihr oft vor. „Es läßt mich kalt, aber ich muß mir alles im Geiste vorstellen, wie es hätte sein können, wenn ich gesund wäre. Auch wenn die Angehörigen kommen und mir etwas erzählen, so muß ich mir alles im Geist vorstellen und bespreche alles mit mir selbst. Ich will keine Angehörigen sehen." Die kleine Erzählung, die ihr vorgelesen wurde, sei sofort ihrem Gesichtskreise entschwunden. „Wenn ich sage, ich wollte mich töten, denkt man, das quälte mich, es ist aber gar nicht wahr." Sie könne sich nicht so geben, wie es ihr innerlich sei. Sie könne lachen mit dem Gedanken, daß sie sich umbringen werde. Sie erörtert eingehend, welches denn ihre Krankheit sei. Einfache Nervenschwäche wäre es nicht. Von der Hoffnungslosigkeit ihres Zustandes ist sie überzeugt.

Sie gibt noch eine detaillierte Schilderung von einer Autofahrt, die sie am Vortage gemacht hat.

Ein Assoziationsversuch ergibt prompte und normale Resultate.

15. III. Meint sie könne ihre Wirtschaft doch zu Hause führen, aber nur von hier aus dirigierend, wenn niemand dabei sei.

Abends ist sie in ausgelassener Weise heiter und vergnügt. Singt, pfeift, tanzt. Meint aber diese Lustigkeit sei nicht natürlich. Sie war mit ihren Verwandten im Auto ausgewesen.

24. IV. bis 30. IV. Starke Stimmungsschwankungen. Häufig leicht euphorisch. Dann wieder: Sie habe ihren Leichenzug fahren sehen.

Bei einer eingehenderen Untersuchung im gesellschaftlichen Benehmen vollkommen korrekt. Sie macht nur einen etwas müden und schlaffen Eindruck. Die Mimik ist heiter, sie lacht viel in etwas übertriebener Art. Sie meint, ihre Lustigkeit sei unnatürlich, kein Mensch verstünde ihre Krankheit. „Ich denke manchmal daran, was denn da nur mag mit dem Gehirn und den Nerven passiert sein." (Lachen.) „Ich weiß, daß ich irgendwo im Wasser oder Feuer enden werde, auch das geht mich sehr wenig an." Meint, sie habe mit ihrer Mutter gezankt. „Ich habe sie ausgezankt, weil sie mich in die Welt gesetzt hat." Zunächst Lachen, dann plötzlich Ausdruck der Trauer. „Ich empfinde jetzt mehr, wie gut ich es haben könnte und wie ich alles verloren habe." Beteuert, daß das nicht etwa Wahnideen seien. Sie hat Neigung, spontan zu erzählen und ein ausgesprochenes Mitteilungsbedürfnis. Wiederholt, die Krankheit sei jetzt anders als das letzte Mal. „Ich bin überhaupt ein verkehrter Mensch, es ist schon immer so gewesen." Als sie gefragt wird, ob ihr die Erinnerung an ihre Hochzeit Freude bereite, lacht sie bitter: „Jetzt? Ich weiß nicht mal, was Freude ist. Ich muß überhaupt seit Kindheit krank gewesen sein, ich habe alles so hingenommen, ich habe für nichts wirkliches Interesse gehabt." Aus dem Theater habe sie niemals tiefere Eindrücke mitgenommen. Mit Romanen habe sie nicht mitleben können. Sie erzählt etwas langsam, pointiert zeitweise sehr scharf, wählt die Ausdrücke.

17. V. Macht den Eindruck einer Person, die gute Laune hat. Als sie aufgefordert wird (zwecks experimenteller Untersuchung), sich ein freudiges Ereignis vorzustellen, sagt sie: „Ich fühle ja doch überhaupt nichts." (Lacht dabei.)

18. V. Gibt eine bis ins Detail zutreffende Schilderung der Untersuchungen vom Vortag. Meint noch dazu, für mich kann nichts lustig sein. „Ich merke selbst, daß es keine direkte Trauer oder Freude ist, ich kann das nicht so von mir geben, die letzte Zeit lache ich und sage, wenn eine Frau die feste Absicht hat, sich umzubringen, so ist Lachen doch ganz unnatürlich. Ich will nicht sagen, daß mich diese Idee belästigt. Ich kann auch über

andere Sachen sprechen.“ Sie wählt ihre Worte außerordentlich sorgfältig, sie scheint bestrebt, ein genaues Bild ihres Zustandes zu entwerfen. Ihr Erinnerungsvermögen sei vollkommen intakt. Die gestrige Situation könne sie sich auch bildmäßig genau vorstellen. „Manchmal kommt mir sogar vor, daß sie (die Erinnerungsbilder) deutlicher sind.“ Die Wahnideen ihrer Mitpatientinnen erkenne sie als solche. „Ich kann lachend sagen, ich denke nicht an die Zukunft, das ist doch nicht normal.“ Ihre Phantasietätigkeit hätte gelitten. Spontan: „Ich bin wie ein Automat.“ Hält nach wie vor ihren Zustand für einen einzigartigen besonderen. Sei fest entschlossen, sich das Leben zu nehmen, um nicht lebenslang in einer Anstalt zu sitzen. Manche würden ja von den Irrenärzten vorzeitig entlassen. Die übrigen Menschen halte sie für glücklich. Die hätten ihre Behaglichkeit, ihre Bequemlichkeit . . . . könne es nicht recht sagen. Leid und Freud der anderen berührten sie nicht, es sei ihr auch gleichgültig, daß ihr Mann hunderttausend Mark verloren hätte. Der Todesfall ihres Vaters (das war vor ihrer neuerlichen Erkrankung) hat nicht nachhaltig auf sie gewirkt, nach vier bis fünf Tagen habe sie es vergessen. Die übrigen Menschen kämen ihr jetzt glücklich vor. Vor einigen Jahren habe sie geglaubt, sie würde den Verstand verlieren und hatte Angst davor. „Trotzdem mich momentan nichts quält . . . . ich kann nicht sagen, wie das ist.“

30. V. Ist zeitweise leicht euphorisch, lacht, interessiert sich für die Vorgänge in ihrer Umgebung. Dann wieder verstimmt. Nimmt eine Glühbirne mit sich ins Bett. Droht mit Suicid.

2. VI. Erzählt, es sei ihr vollkommen klar, daß ihr Zustand hoffnungslos sei.

10. VI. Dauernd in guter Stimmung, erzählt von häuslichen Verhältnissen.

15. VI. Sie könne keine einzelnen Gedanken fassen, es wäre ein wirres Durcheinander. Die Idee des Suicids sei kein Zwangsgedanke, sondern sei logisch begründet. Wie ein Vorsatz, zu verreisen, manchmal nicht gedacht würde, aber doch bestehe, so sei es mit diesem Gedanken. In der ersten Krankheit hätte sie noch Hoffnung gehabt, gesund zu werden. Jetzt beschäftigte sie sich trotz der Schwere ihres Zustandes nur mit den anderen. Das sei doch unnatürlich.

17. VI. Äußert, sie hätte bei einer Automobilfahrt volle Freude empfunden.

3. VII. „Ich behaupte immer, es ist irgendein unvermuteter Grund vorhanden, den hier die Ärzte nicht kennen.“ „Alles, was gefragt wird, paßt eigentlich nicht auf mich. Unruhig-ruhig, davon ist bei mir überhaupt keine Rede. Bisweilen änderte sich ihr Sehen. Das liege jedoch an der Auffassung. „Das hatte ich bisweilen schon im gesunden Zustand . . . . ich sah, wie das Mädchen den Tisch deckte . . . . da ging etwas vor an den Augen und ich sah alle Vorgänge deutlicher.“ In gesunden Tagen habe sie sich manchmal gesagt: „Ach du bist ja verheiratet und hast Kinder.“ Oder: „Ach du bist ja in einer Welt und da sind Leute.“ Bei der Automobilfahrt von neulich sei es nicht die richtige Freude gewesen. „Meine Krankheit beruht nicht auf Freude oder Traurigkeit.“ Sie erinnere sich gut an frühere Ereignisse, habe ein gutes Personengedächtnis.“ Ich kann aber vergessen, was gestern war.“ Als ihr die Instrumente gezeigt, welche beim psychogalvanischen Versuch benutzt wurden, erkennt sie sie sofort wieder. Meint, es sei nur deshalb, weil vor kurzem davon gesprochen worden sei.

Kein Déjà vu. Im Gegenteil, das Bekannte ist ihr fremd. „Mein eigener Mann ist mir fremd.“ Trotzdem sie das Gegenteil weiß. Ihre Kleider kommen ihr nicht fremd vor. „Ich sehe doch, daß sie dieselben sind.“ Ungefähre Zeitschätzung sei jetzt möglich. Als es ihr besonders schlecht ging, habe sie nicht nach der Zeit gefragt.

„Mein Verstand ist sehr klar, ich selbst finde mich aber in mir nicht zurecht. Ich wüßte nicht, wie das sein würde, wenn ich wieder gesund bin. Ich merke, daß ich nicht richtig bin . . . . gestern war ich sehr mit meiner Krankheit beschäftigt und es kamen mir die Tränen in die Augen. Zugleich konnte ich auch meine Hand zum Scherz schlagen und mich in dem Spiegel sehen. Das ist doch nicht richtig.“ Sie fühlt sich gegen früher doch sehr verändert. „Von Stimmung ist keine Rede.“ In angenehme Situationen könne sie sich in der Erinnerung nicht versetzen. Auch in früheren Zeiten war es ihr unmöglich, sich zu zerstreuen, wenn sie etwas hatte. Sie fühlt sich zu Hause, wie nicht dazu gehörig, auch wenn sie ihre Kinder sieht. Eine richtige Freude habe sie nie durchgemacht, sie sei eine kalte Natur. Die Nacht vor ihrer Hochzeit habe sie gegen ihre Erwartung ruhig geschlafen, ohne innere Bewegung sei sie aus dem Elternhaus gegangen. Wenn sie früher einmal gesagt hätte, sie könne erst jetzt empfinden, wie gut sie es früher gehabt hätte, so

sei das offenbar weniger Vorstellung als Verstand gewesen. „Ich frage viel, um zu fragen, nicht damit mir jemand Antwort gibt. Ich sehe hin, um zu sehen, aber nicht wegen des Gegenstandes." Ich sprach mit einer Pflegerin von der Sängerin U. und dahinter hats mich gezupft. „Ich spreche automatisch, aber ich denke nichts anderes dabei." Sie wisse nicht, ob sie Mitgefühl empfinden könne. Sie ärgere sich besonders über diejenigen, die ihr sagen, daß sie gesund wird, sie habe sich gefreut über eine Pflegerin, die sagte, es würde nichts aus ihr. Würde ihr Mann vor ihr hundert Frauen abküssen, sie würde keine Eifersucht empfinden können.

Sie äußert eine große Anzahl hypochondrisch gefärbter Klagen: Die Krankheit stecke in den Augen und in der Stirne, es sei wie ein Zusammendrücken. In den Schläfen habe sie Kopfschmerzen. Die Verdauung habe sich geändert. Am Herzen habe sie ein Schwächegefühl. Auf der einen Seite spüre sie bisweilen Brennen.

Ihr Verhalten ist ähnlich wie bei den vorangehenden Untersuchungen. Zunächst etwas matt, blasiert, folgt späterhin der Unterhaltung mit regem Interesse, hat offenbar Freude am Sprechen, wählt sorgsam die Ausdrücke. Zum Teil kleine Spitzen im Ton gesellschaftlicher Plauderei. So bezieht sich die Äußerung, sie ärgere sich über diejenigen, welche ihr ankündeten, sie würde gesund, darauf, daß ihr der Arzt kurz vorher eine entsprechende Versicherung gegeben hatte. Oder sie sagt: „Meine Krankheit muß doch eine Ursache haben. Warum sind sie denn nicht verändert, sondern ich."

14. VII. Schreibt auf Aufforderung einen Bericht über ihre Krankheit (s. i. f.).

1. VIII. Ähnliches Verhalten, wie bei früheren Unterredungen. Eine Änderung ist nicht eingetreten. „Es ist nur ein fortwährender Wechsel der Krankheit in sich selbst." „Ich bin ganz verändert." In den Zwischenräumen zwischen der ersten und zweiten Erkrankung tauchten schon immer, wenn auch rasch vorübergehend, solche Gedanken auf: „Es wird eine Zeit kommen, wo du dauernd kopfverdreht sein wirst." „Mein ganzes Tun und Treiben ist nicht richtig." Es sei alles durcheinander.

Schon als 10jähriges Kind habe sie bisweilen nicht atmen können. Sie habe auch nie richtig geweint. Glockenläuten habe sie stets eigentümlich gestimmt.

Die erste Erkrankung begann plötzlich, es war etwas hinter ihr.

Auch die zweite stellte sich plötzlich ein, sie ging gesund von zu Hause fort und kam krank zurück. Sie konnte nicht weiter wegen des Herzens. Die folgende Nacht war schlecht. Sie fühlte immer nach dem Puls. Dann trat der jetzige Zustand ein. Sie hat niemals Überlegungen gehabt, alles war eingelernt.

Gefühl und alles, was daraus fließt, habe ihr immer gefehlt.

Sie ist überzeugt nicht wieder gesund zu werden.

Am 5. VIII. kommt sie in das Sanatorium Dr. Wardas (dem ich für die Überlassung der Krankengeschichte zu Dank verpflichtet bin). Daselbst trat am 2. IX. ein Lach-Schreianfall auf, der sich dann noch mehrfach wiederholte. Am 4. IX. wurde eine Aphonie von eintägiger Dauer beobachtet. Am 21. X. hat sie einen Schreianfall, nach dem sie überall Blut sieht, sie sieht auch eine Frau mit Heiligenschein und einem Kind. Zeitweise exaltiert, lacht, spricht von Selbstironie. Am 31. X. ist sie erregter. Behauptet den Arzt nicht zu kennen. Anfangs Januar 1914 ist aber der Zustand etwa der gleiche wie zur Zeit der Entlassung aus der Klinik.

Bericht über ihre Krankheit.

Vor allen Dingen will ich betonen, daß mir von Natur aus das Gefühl der Liebe, zu wem es auch sei, zu Angehörigen, nicht mit auf die Welt gegeben worden ist. Ich wußte immer bloß, daß ich zu den Meinigen gehöre. Sogar die vielgepriesene Mutterliebe ging mir ab — Kinder waren bei mir nur ein Spielzeug —, aber nicht, weil ich so schlecht war, sondern, weil mir es eben nicht gegeben war, zu ermessen und zu fassen, was ein Kind heißt. Ich hörte bloß immer von anderen: „das Kind, das Kind," ich selbst hatte kein Verständnis dafür. Mir konnten Menschen höchstens sympathisch sein, aber deswegen suchte ich die auch nicht öfters auf, als die anderen. Außerdem habe ich nie das Gefühl der Sorge gehabt, nicht weil ich Optimistin war, oder keine Sorgen hatte, sondern weil ich auch kein Verständnis dafür hatte, nie an die Zukunft sorgend dachte, nie, wenn etwas war, mir das Leben schwer machte, weil ich nicht erfassen konnte, was entstehen kann, und nicht wie die Optimisten es machen — immer das Beste annahm. Ich dachte überhaupt nicht so und nicht anders und — wenn ich mal sagte, es könne so oder so werden,

so waren es mehr Worte, die ich von anderen hörte, oder mit dem Verstand erfaßte Worte, als — daß ich mich hereinversetzte mit wirklichem Gefühl. Vor 4 Jahren wurde ich krank — es kam ein unbestimmtes Etwas, als ich vor dem Spiegel stand, auf mich herunter, und ging mir an der rechten Seite zehn Monate lang nach. Trotzdem mich das Gefühl die ganzen zehn Monate nicht einen Augenblick verließ, merkte ich instinktiv, daß ich wieder gesund werde, machte Pläne für die Zukunft etc., gab Herrn Doktor Antworten, so wie es mir innerlich diktierte, andererseits aber behauptete ich wieder, ich werde nicht gesund, aber ich wußte nicht während der Krankheit, daß ich schon merke, daß ich wieder krank werde. Eine innere Stimme hat mir, für mich selbst unbewußt, eingegeben: „Das ist ein Anfang gewesen — du wirst auch noch mal krank werden." Und wie ich gesund wurde, dachte ich: „Du bist ja gesund geworden, und hast immer behauptet, du wirst es nicht." Aber, wie ich jetzt sehe, habe ich, ohne es zu merken, das Richtige gesehen. Betonen muß ich, daß mich während der Krankheit dieser Gedanke gar nicht bedrückt hat — es waren nur Worte, aber gequält hat mich die Krankheit selbst. Noch schärfer muß ich betonen, daß ich in jener Krankheit so richtig war und mich auch nach außen hin gab, wie ich war etc. Dann wurde ich von dem, was mir nachging, befreit. (Ich verlangte während der Krankheit gar nicht nach Hause, weil ich merkte, daß eine Zeit kommen wird, wo ich schon geholt werde und, daß der Aufenthalt in der Klinik für mich gut ist.) Ein Jahr nach meiner Genesung wurde ich sehr stark (18 Pfund zugenommen), nach einer Entbindung. — Vor — während — nach der Entbindung fiel es mir nie ein, du könntest wieder krank werden, wo doch sicher ein anderer an meiner Stelle sich Gedanken gemacht hätte. Also bin von Natur nie Hypochonder gewesen, im Gegenteil, bin immer wochenlang mit Halsschmerzen herumgelaufen etc., wo andere alles mögliche getan haben, hatte ich gar keine Geduld dazu. $1^1/_2$ Jahr nach der ersten Krankheit kamen Gedanken, was sich so in meiner Umgebung abspielte etc., das mußte ich niederschreiben, das waren so Vorgänge in meiner Umgebung — in Gesellschaften, in Unterhaltungen etc., ich konnte sein, was ich wollte, das habe ich gedacht und gab mir sogar selbst Mühe alles zu behalten und wenn es sogar im Theater war, dann habe ich, zu Hause angekommen, alles aufgeschrieben. Mich hat das aber durchaus nicht unangenehm berührt, im Gegenteil, ich habe mir die Vorstellungen noch selbst mit eingeprägt. Wenn ich in die Stadt besorgen ging, so nahm ich sogar Papier und Bleistift mit, da es immer viel einzuschreiben gab, ja nichts zu vergessen. Trotzdem ich immer mit Mann und Kinder zusammen war, fiel es mir plötzlich manchmal ein: „Ach du bist ja verheiratet, hast zwei Kinder etc.", oder: „Du lebst ja auf einer Welt, auf der sind Menschen usw." Ich hatte auch eine Natur, die sich über nichts aufregte und manchmal wurde mir gesagt: „Ihre Ruhe möchte ich haben." Manchmal wurde mir gesagt, ich hätte es doch so gut auf der Welt, das merke ich selbst gar nicht. Aber ich schätzte mich nie unglücklich, eben immer gleichmäßig. Ich habe nie viel Ansprüche gemacht, war nie begierig, was zu sehen, zu verreisen usw. Wenn ich verreist war, hatte ich nie Sehnsucht nach Hause, überall war's recht und, wenn ich zu Hause war, war's mir auch wieder recht. Bloß ein einziges Mal — $^1/_4$ Jahr vor meiner jetzigen Erkrankung, als ich von der Reise kam, fand ich meine Wohnung so schön, wie noch nie, auch auf der Reise habe ich Handarbeiten gemacht, was ich nie in meinem ganzen Leben getan habe, hatte mir überhaupt vorgenommen anders zu leben, also so zu leben, wie andere Menschen, ich muß doch innerlich unbewußt gemerkt haben, daß ich anders war wie andere Menschen, wenn vielleicht auch nicht das, aber in mir selbst ist es aufgedämmert, du mußt ein bißchen Geselligkeit suchen (was ich immer früher nicht wollte, wenn mein Mann es wollte) und so verschiedenes, was ich früher nicht machte und wollte, war mir zur Richtigkeit aufgedämmert. Ungefähr ein Jahr vor meiner Erkrankung floh mich der Nachmittagsschlaf, nachts schlief ich sehr gut, dann kamen Gedanken: „Du wirst mal dauernd kopfverdreht sein, du kommst noch mal nach Dösen, genieße deine paar Jahre, legst dich heute Abend zufrieden nieder, wirst morgen zufrieden erwachen, wenn ich mich sprechen hörte: „da ist deine Stimme vorläufig noch eine glückliche Stimme usw." Das waren aber nicht dauernde Gedanken — die kamen und in der Minute gingen sie wieder immer nur ein einziges Mal, ich habe auch nicht darüber nachgedacht, weil ich, wie gesagt, nicht das Gefühl, sich zu sorgen habe. Diese Gedanken kamen mir so, wie ich z. B. nachts was träumte und am Tage traf's ein, so waren diese Gedanken Vorboten der Krankheit, aber nicht Schwarzseherei, sondern Richtigkeit. Ich hatte immer angenommen, daß zum Kopfverdrehtsein bei mir eine Ursache sein muß und da dachte ich immer an ein eigenes Herzleiden (kein anderes Leiden, weil man daran plötzlich sterben kann, — auf Unglücksfälle hatte ich gesagt,

ach, die geschehen nicht). Wie ich jetzt sehe, hatte ich bloß Ursachen erfunden und die Wirklichkeit ist auch ohne Ursache gekommen, ich verspürte aber die Anlage dazu, was mir eben durch Gedanken diktiert wurde, die ich schon vorher angab. Hier wird als Ursache der Tod meines Vaters angenommen, aber das ist falsch, denn schon vor seinem Tode habe ich 31 Pfd. abgenommen und in vier bis fünf Tagen seinen Tod vergessen. Und darum fing die jetzige Krankheit so an: „Mein Herz, ich kann nicht weitergehen, mein Mann ist krank," (weil der Arzt ihm tatsächlich gesagt hatte, er hätte ein Nikotinherz und es könnte zur Arterienverkalkung führen), „und mein Mann und Mutter sind gestorben." Und als die Beiden kamen, da dachte ich, ach das waren ja nur Worte, in Wahrheit tröstet es dich nicht, daß sie leben, deine Krankheit ist wo anders, dann kam's: „Ich sterbe." Also ich habe gemerkt, daß das Leben vorbei ist für immer, und mit dieser Krankheit für mich eine neue Epoche beginnt. Wie es mir jetzt ist, kann ich unmöglich erklären und sagen, jedenfalls ist es nicht Hoffnungslosigkeit, wie bei allen Kranken, die mich zu meinen Aussagen treibt, sondern habe vom ersten Augenblick gesehen, daß nichts wird und seitdem hat sich auch nichts an meiner festen Überzeugung geändert. Trotzdem ich Herrn Doktor gesagt habe oder sage, es geht gut, denn ich weiß, ich sage nie der inneren Stimme gemäß, die hat noch nicht auf eine Viertelminute ja gesagt. Es ist so etwas überhaupt, daß, wenn die Krankheit heilbar gewesen wäre, könnte ich im Leben nicht wissen, daß ich gesund bin. So verdreht ist die Krankheit. Ich komme manchmal nicht zum Bewußtsein, währenddessen ist sie aber auch da, trotzdem man meinen sollte, was einem nicht zum Bewußtsein kommt, das fühlt und weiß er nicht. Aber es kam mir auch nicht zum Bewußtsein, daß ich verheiratet bin und trotzdem wußte ich es doch.

Mit Energie hat meine Krankheit nichts zu tun, ich weiß nicht, habe ich welche oder nicht, aber jedenfalls ist es so eine widernatürliche Krankheit, daß die Ärzte es nicht gelernt haben.

Die übrigen Teile der Selbstschilderung bieten kein allgemeineres Interesse.

Zusammenfassung:

Es handelt sich um eine offenbar psychopathisch veranlagte Persönlichkeit, welche zum ersten Mal im Anschluß an das Wochenbett unter depressiven Erscheinungen erkrankt. Im Vordergrund stehen Klagen über Veränderung des Selbstgefühls. Auch sind damals schon Klagen über Gefühlsabstumpfung vorhanden. Sie ist von der Gewißheit beherrscht, nicht wieder gesund zu werden. Die Besserung geht in der Weise vonstatten, daß sich zunächst kurze Zeiten heiterer Stimmung einschieben. Kurz nach der Entlassung bietet sie den Eindruck einer Hypomanie. Nach einer mehrjährigen Pause folgt eine neuerliche Attacke, die sie 1912 wieder in die Klinik führt. In allen wesentlichen Zügen ist sie eine Kopie der vorangehenden. Es bestehen Klagen über Veränderungen des Selbstbewußtseins, über Gefühlsabschwächung. Wieder gibt sie an, die Gewißheit zu haben, nicht gesund zu werden. Die Depression wird von Phasen heiterer Stimmung durchbrochen. Doch wird diese Heiterkeit als eine unnatürliche bezeichnet. Zurzeit dauert der Zustand mit geringen Schwankungen fort.

Epikrise:

Auch hier wollen wir zunächst versuchen, eine kurze Skizze des Zustandsbildes zu geben.

1. Veränderung der Wahrnehmung. Sie klagt nur wenig über Veränderungen der Wahrnehmungsfähigkeit. Sie ist sich im wesentlichen bewußt, daß die leichten Änderungen der Wahrnehmung auf eine Veränderung ihrer eigenen Persönlichkeit beruhen. Wenn man mit ihr spreche, höre sie es bisweilen abnorm laut. Auch ihr Sehen kommt ihr bisweilen deutlicher vor. Sie

beklagt sich darüber, daß das deutlich Wahrgenommene keinen Eindruck auf sie macht. Ähnliche Angaben macht sie über Geruchs- und Geschmacksreize. Ihren Körper fühlt sie verändert, wenn sie gehe, wisse sie, daß sie gehe und fühle, daß sie nicht gehe. Rechts spüre sie taktile Reize weniger deutlich. An die Fülle hypochondrischer Klagen sei erinnert. Der Charakter der Störungen im Verein mit den völlig negativen objektiven Befund läßt uns zu dem Schlusse kommen, daß auch hier Störungen der Empfindungen nicht vorhanden sind. Auch Störungen der Coenästhesie im engeren Sinne sind nicht anzunehmen.

2. Die Gefühle. Es ist eine der wesentlichsten Klagen der Patientin, daß nichts auf sie Eindruck mache. Sie fühle sich weder zur Freude, noch zur Trauer fähig. Diesen Gefühlsmangel beteuert sie immer wieder. Charakteristisch sind Äußerungen wie folgende: „Ich weiß, daß ich irgendwo im Wasser oder Feuer enden werde, aber das geht mich sehr wenig an.“ Es besteht zwischen diesen Äußerungen der Patientin und ihrer lebhaften beweglichen, durchaus adäquaten Mimik und Gestik ein durchgreifender Gegensatz. Auch hier ist man zu der Annahme gedrängt, daß ein wirklicher Gefühlsmangel nicht vorliegt. Sehr eigenartig und beachtenswert sind die Angaben der Patientin über diejenigen Zeiten, in denen sie lustig erscheint. Sie beteuert immer ihre Lustigkeit sei eine unrichtige, unnatürliche, und das Lachen sei kein echtes. Retrospektiv breitet sich für sie die Gefühlslosigkeit über ihr ganzes früheres Leben aus. Sie gibt an, immer eine oberflächliche Natur gewesen zu sein, der die Fähigkeit zu tieferem Fühlen stets gefehlt hätte. Es muß anerkannt werden, daß hier Angaben der Mutter zum Teil Bestätigung bringen. Doch erscheint die ganze Schilderung im Sinne der Krankheit übertrieben.

3. Vorstellungen und Erinnerungen. Hier sind zunächst Angaben darüber zu verzeichnen, daß die Intensität und Lebhaftigkeit der Vorstellungen zugenommen hätte. Es scheinen in der Tat derartige Steigerungen bei ihr vorhanden zu sein. Dafür sprechen die am 14. III. angegebenen Pseudohalluzinationen. Hingegen fühlt sie sich anscheinend mit Recht in ihrer freien Phantasietätigkeit behindert. Vorstellungsgefühle gibt sie bei einzelnen Unterredungen an. So, wenn sie angibt, sie könne jetzt erst fühlen (die Patientin sagt empfinden), wie gut sie es früher gehabt hätte. Bei einer späteren Unterredung gibt sie jedoch an, es sei kein Vorstellen, sondern nur ein Denken gewesen.

Die objektiven Prüfungen des Erinnerungsvermögens ergaben keine Störungen. Auch das Wiedererkennen von bekannten und unbekannten Gegenständen erwies sich als ungestört. Daß sie bei der Wiedergabe eines Zeitungsberichtes einmal versagte, beruht wohl darauf, daß innere Anteilnahme nicht vorhanden war. Sie selbst gibt Ähnliches am 3. VII. an.

4. Intellektuelle Funktionen. Elementare Störungen des Denkens ließen sich weder beim Gespräch noch beim Assoziationsversuch nachweisen. Allerdings klagt die Patientin darüber, sie könne sich vieles nicht zusammenreimen und finde sich in ihrer Umgebung nicht zurecht. Doch wurden objektiv Orientierungsstörungen nicht nachgewiesen. Richtig ist jedoch, daß die Denkrichtung eine krankhafte ist. Sie richtet sich so gut wie ausschließlich auf den eigenen körperlichen und seelischen Zustand. Dieses Durchsuchen des eigenen Innern und die stete Betonung der besonderen Eigenart ihrer Erkrankung drückt der ganzen Erkrankung einen schwer zu beschreibenden Schein des Unechten

und Gemachten auf. Auch hier hoffen wir durch die Analyse im folgenden Klärung bringen zu können. Eine besondere Rolle im Seelenleben der Kranken spielt die Bewußtheit, nicht wieder gesund zu werden. Es handelt sich hier um ein wichtiges selbständiges Krankheitssymptom. Es ist bemerkenswert, daß die Kranke angibt, die unmittelbare Evidenz dieser Bewußtheit zu erleben. Ähnlich scheint der Vorsatz, sich zu töten psychisch repräsentiert zu sein.

5. Wille und Persönlichkeit. Tendenz sich zu beschäftigen besteht auch bei dieser Patientin nicht. Sie ist absorbiert von der Selbstbeobachtung. Sie bezeichnet sich selbst als unfähig zu energischer Willensspannung. Ihr Sprechen bezeichnet sie als automatisch. Die Wendung, sie sei ein Automat, kommt überhaupt häufig wieder (sie ist ihr nicht in irgendeiner Weise suggeriert worden). In ihrer Gesamtpersönlichkeit fühlt sie sich außerordentlich verändert. Selbst in jenen Zeiten, wo sich ihr ganzes Leben als unbelebt und gefühllos darstellt, spricht sie noch von einer wesentlichen Veränderung durch die Erkrankung. Sie gibt an, sie finde sich nicht in sich selbst zurecht. Im wesentlichen steht im Vordergrund die Klage über Automatismus, während das Selbst nur verändert, nicht aufgelöst erscheint. Gleichwohl kann an einer Zuteilung des Falles zur Depersonalisation nicht gezweifelt werden.

Bezüglich der Klinik des Falles ist hervorzuheben, daß sich der Zustand bei einer psychopathischen Persönlichkeit entwickelt hat. Die beiden Attacken wiederholen sich beinahe mit photographischer Treue. In beiden Attacken ist der gelegentliche Wechsel zu auffallender Heiterkeit bemerkenswert. Allerdings wird wenigstens bei den jetzigem Zustand die Heiterkeit nicht als echte anerkannt. Trotzdem halte ich es nicht für berechtigt, den Fall dem manisch-depressiven Irresein zuzuzählen. Darüber wird im folgenden noch zu sprechen sein. Für eine Dementia praecox fehlen Anhaltspunkte. Ich halte den Fall für eine Psychasthenie im Sinne Janets. Einzelne Symptome lassen an Hysterie denken. Doch glaube ich, daß sie nicht hinreichen, um die Diagnose Hysterie zu ermöglichen.

Kurz vor Abschluß der Arbeit erfahre ich, daß Kraepelin bei der Patientin die Diagnose Dementia praecox gestellt hat. Ich glaube nicht, daß diese Diagnose zutreffend ist.

Fall 3. R. S., 29 Jahre (geb. 1884), Student der Medizin. Aus belasteter Familie. Die Großeltern väterlicherseits intakt, von den Eltern mütterlicherseits nichts näheres bekannt. Der Vater feinfühlig, etwas mehr nach der Gefühlsseite hin entwickelt, schriftstellerisch sehr befähigt, etwas wenig praktisch. Er spricht von seinem Vater so, daß man Achtung und Liebe heraushört. Gleichwohl kritisiert er manches in harter Weise. Sein Vater sei unzuverlässig etc. Ein Bruder, der um 3 Jahre jünger ist, hat sehr ähnliche Zustände gehabt wie der Patient selbst. Ein Stiefbruder aus der zweiten Ehe des Vaters stammend, 18 Jahre alt, ist seelisch intakt. Die Mutter soll schwer hysterisch sein. Die Ehe wurde etwa 1895 geschieden. Drei Geschwister des Vaters starben im jugendlichen Alter.

Er kommt in die Sprechstunde, wie er sagt, in völlig gebrochenem Zustand und gibt hier die folgenden Angaben, die in geordneter und gekürzter Form, aber fast stets mit den Worten des Patienten wiedergegeben sind. War die Darstellung des Patienten nicht klar, wurde stets versucht, näheren Einblick zu erhalten. Die redigierte Krankengeschichte wurde mit dem Patienten wiederholt durchgesprochen. Die Angaben des Patienten sind auf ihre Glaubwürdigkeit sorgfältig geprüft worden. Er spricht fließend, gewandt, stockt nur zeitweise und greift sich nachdenklich an die Stirne. Es ist eine schmächtige,

unscheinbare Persönlichkeit von etwas schlaffer Haltung und korrekten Umgangsformen. Die folgenden Angaben sind in einer größeren Reihe von Gesprächen gemacht worden.

Aus seiner Kindheitsentwicklung ist wenig Auffallendes zu berichten.

Er ist von den Eltern einsam gehalten worden und hatte wenig Spielgenossen. Er erinnert sich, mehrfach Szenen zwischen seinen Eltern miterlebt zu haben. Er erinnert sich, sexuelle Regungen empfunden zu haben, wenn er als 6—7jähriger von der Mutter oder von der Erzieherin ins Bett genommen wurde. Mit $7^1/_2$ Jahren kam er in die Schule. Die Lehrer waren zufrieden. Mit dem Eintritt in die Sexta fielen seine Leistungen ab, doch hat er das Gymnasium absolviert, ohne eine Klasse wiederholen zu müssen. Er war vom Vater in eine andere Stadt gegeben worden, offenbar wegen häuslicher Verhältnisse (im 12 Jahre).

Als er nach dem Gymnasium nach W. kam, war seine Phantasie intakt. Er wurde von einem anderen verführt, der ihn zu mutueller Onanie verleitete. Auch in der Folgezeit onanierte er.

In der Tanzstundenzeit interessierte er sich völlig platonisch für eine Konfektioneuse. Das Mädchen war, wie er meint, seiner nicht wert. Seine Neigung war eine rein geistige. Es blieb bei Mondscheinspaziergängen und Küssen. Einer seiner Tanzstundenkollegen machte ihm über das junge Mädchen Andeutungen sexueller Art und kündigte an, er werde mit dem Mädchen geschlechtlich verkehren. Unser Patient wurde so erregt, daß er drohte, daß er den anderen niederstechen wolle.

In der Tanzstunde imponierte ihm die Tochter seines Rektors. Er merkte damals schon, daß er anders dachte und unerfahrener war als seine Kollegen.

Die erste tiefere sexuelle Regung empfand er in dem ersten Semester seiner Studentenzeit. Er studierte der Familientradition folgend Jura. Er kam nach Greifswald. Sein Studium interessierte ihn nicht, er lernte Reiten und lernte bei dem Ausflug in die Umgebung Greifswalds ein Mädchen kennen, mit dem sich in der üblichen Weise eine Bekanntschaft anspann. Ein Versuch zum Geschlechtsverkehr mißglückte aber vollständig und wurde nicht wiederholt. Die Sache lief aber weiter.

Er hat sein ganzes Verhalten den Frauen gegenüber stets als Lücke in seinem Leben empfunden. Er ist der Ansicht, daß er alles mehr von der geistigen Seite auffaßte als die anderen.

Er war in Greifswald ein Semester (Sommer 1903). Er kam von dort auf ein Gut seines Vaters. Der Abschied war ihm schmerzlich, doch kam er schnell darüber hinweg. Er deutet das als einen Mangel an tiefem Empfinden.

Im Oktober 1903 begann er sein Militärdienstjahr abzudienen. Er kam mit dem Reiten nicht richtig vorwärts. Er hatte nie das Gefühl der Sicherheit auf dem Pferde, wurde beim Traben hin und her geworfen, „es war, wie soll ich sagen, kein Ausgleich zwischen dem obern und untern Menschen.“ Alles andere ging gut, so z. B. erzielte er beim Schießen gute Resultate. Er wußte auch, daß er klar und logisch denken konnte. Er brachte es aber nicht weiter als bis zum Gefreiten.

Im Herbst 1904 zog er nach L. Er begann daselbst ein Verhältnis mit einer Konfektioneuse. Das Mädchen beherrschte ihn vollkommen. Er war sehr eifersüchtig. Er war in seinen Gefühlen und Gefühlsäußerungen überströmend und überschwänglich. Weihnachten 1904 kam er nach Hause, erkrankte (er hatte von dem Mädchen eine schwere Gonorrhoe akquiriert) und mußte sich in ein Krankenhaus aufnehmen lassen. Hier gewann er allmählich Interesse für Medizin. Er kam dann nochmals nach L. In diese Zeit fallen einige poetische Versuche, die auch zum Teil den Weg an die Öffentlichkeit fanden. Es waren kleine Stimmungsgedichte und auch satirische Gedichte; insbesondere nahm er den Frauen gegenüber aus einem Gefühl der Schwäche heraus eine satirische Stellung ein. Mittlerweile hatten sich die materiellen Verhältnisse seines Vaters verschlechtert. Das Gut mußte verkauft werden. Er hatte große Kosten verursacht. Er hatte unterdessen mit seinem Vater vereinbart, zur Medizin umzusatteln und kam 1905 in die Kaiser Wilhelms-Akademie. Es kam ihm alles etwas komisch vor, nüchtern und kasernenmäßig. Im Seziersaal glaubte er den Anblick der Leichen nicht ertragen zu können. Doch zog ihn jetzt das Reale an, während er früher mehr in der Phantasie gelebt hatte.

Schließlich präparierte er sogar mit großem Eifer und war in gehobener Stimmung, wenn er ein gutes Präparat gemacht hatte. „Den realen Geist der Wissenschaft,“ meint er jetzt resigniert lächelnd, „habe ich damals noch nicht erfaßt.“ Es ging ihm damals

häufig so, daß er nicht antworten konnte, wenn er gefragt wurde, auch wenn er die Sache gelernt hatte. In Berlin lernte er an der Akademie einen Kollegen kennen, der ihm wegen seiner kühlen Gelassenheit und Sicherheit sehr imponierte. Er hatte etwas Unnahbares und hatte ein selbstbewußtes sicheres Auftreten. Er nahm sich vor, sich nach diesem zu bilden. Während er selbst sich durch das großstädtische Leben hatte fesseln lassen, ging jener andere durch das großstädtische Leben und Treiben hindurch, ohne daß es ihm imponierte. Jener andere war auch im Verkehr viel sicherer und wenn er in ein Lokal trat, richteten sich die Blicke der Frauen auf ihn, während er selbst nicht beachtet wurde. Er hatte das Gefühl, daß er den weiblichen Wesen gegenüber versagte. Er hatte den Eindruck, daß er versagte, weil er zu sehr wünschte. Sein Freund hatte auch ein Verhältnis mit einem eigenartigen jungen Mädchen, einer unscheinbaren Choristin. Er selbst versuchte, an das Mädchen näher heranzutreten, es gelang ihm jedoch nicht, sie lachte ihn aus.

Während er nun bestrebt war, sich nach jenem zu bilden, richtete sich der Sinn, der früher nach außen gerichtet war, im Denkprozeß nach innen. Plötzlich, innerhalb von ein bis zwei Tagen kam eine Apathie über ihn. Es fiel ihm schwer, aufzustehen. Die Umgebung reizte ihn nicht mehr. „Ich sah wohl alles, die Umgebung, die Bäume, es war alles dasselbe, aber das Interesse war nur ein Verstandesinteresse. Ich war nicht mehr mit Herz und Sinn bei der Sache." Nur Gewitter regten ihn etwas an. Auf die Frage nach der Fähigkeit, Freude und Trauer zu empfinden, sagt er: „Die Affekte waren zweifellos herabgesetzt, es ließ mich alles viel gleichgültiger. Das Teilnehmen an freudigen Ereignissen war kein richtiges Mitempfinden, wenigstens nicht mehr so frei wie früher." Der ganze Zustand war unangenehm und mit Angst verbunden. (Wie was das Denken und Vorstellen?) „Ich war sehr erstaunt, ich konnte besser arbeiten als sonst, die geistigen Arbeiten gingen besser vonstatten, das rein verstandesmäßige trat in den Vordergrund." Es war aber noch eine geistige Verbindung mit seiner Familie vorhanden. Er formulierte sich aber das Ganze so, daß sein Freund gleichsam sein geistiger Vater sei.

Er hatte stets Neigung gehabt, sich selbst zu beobachten. Eine besondere Steigerung dieser Selbstbeobachtung trat nicht auf. Aber „man muß sich doch Rechenschaft ablegen, wenn sich ein so sonderbarer Zustand zeigt." Irgendwelche besondere Momente kann er für die Auslösung des Zustandes nicht verantwortlich machen.

(Wie fühlten Sie ihren eigenen Körper?)

„Ich hatte manchmal das Gefühl, schräg zu gehen . . . . . ich hatte das Gefühl, ohne Bewußtsein zu gehen." „Sowie ich in meine gewohnte Umgebung kam, fühlte ich mich sicherer, unter Menschen ängstigte ich mich."

(War die Welt fremdartig?)

„Jedes Ding sah genau so aus wie früher . . . . . aber ich selbst fühlte, daß ich es mit anderen Augen betrachtete."

Dieser Zustand hatte sich im Sommer 1907 eingestellt. Gleichwohl begann er sein Examen und machte auch eine Reihe von Prüfungen mit gutem Erfolg. „Wenn ich beim Examen saß, so war alles da, nur ich allein war nicht vorhanden, nur ich nicht. Das Gefühl des eigenen Ich war herabgesetzt." Er glaubt, daß die anderen seinen Zustand merkten.

Im Juni 1907 starb seine Großmutter stiefmütterlicherseits. Die Dame stand ihm relativ fern. „Wie ich nun nach D. fuhr, war es mir, als ob ich gar nicht auf der Erde wäre. Es geschah alles um mich herum, es war als wenn ich in Wolken ging. Das ganze Begräbnis ging an mir vorüber, der Pfarrer gab mir die Hand . . . . . . es war alles herabgesetzt . . . . . . eine allgemeine Teilnahmslosigkeit."

Der Zustand blieb der gleiche, nachdem er nach Berlin zurückgekehrt war. Seit dieser Zeit ist sein sinnliches Interesse herabgesetzt, das geistige richtete sich auf Abstraktes. Mathematik und Physik kamen ihm näher. Wenn der Zwang an ihn herankam, konnte er arbeiten. Seine früheren Gedichte kamen ihm wegen ihres Gefühlsausdruckes jetzt kindlich vor. Auch in dieser Zeit hatte er Musik sehr gerne, er versuchte sein Gefühl musikalisch auszubilden (Geige), doch gelang ihm dies nicht ohne weiteres. Musik nahm ihn innerlich sehr gefangen und er folgte Konzerten mit großem Interesse.

Zu Ostern 1907 bekam er Nachricht, daß man ihn krankheitshalber von der Akademie entlasse. Er war darüber nicht sehr böse, da ihm das studentische Treiben etwas naiv vorgekommen war. Es bestand eine gewisse Scheidung zwischen ihm und den übrigen, nur an diesen einen Kollegen hatte er sich angeschlossen. Er war Ostern zu Hause gewesen, der Zustand war in der gewohnten Umgegend ein besserer geworden, er war zwar

nicht im richtigen Kontakt mit der Umgebung, aber der Zustand war nicht mehr unangenehm. Das Interesse wurde lebhafter. Er hatte noch zwei Teilprüfungen des Examens nachzuholen und zog deshalb nochmals nach Berlin zu seinem Freunde, der wegen Krankheit gleichfalls die Akademie verlassen hatte. Er absolvierte dann auch seine Prüfungen.

Seit diesem Zustand im Jahre 1907 war er in eine ideale Welt versetzt. Gleichzeitig fühlte er sich aber auch über seine Umgebung erhaben und wurde nicht mehr zu sehr von ihr gefangen genommen. Die Außenwelt belästigte ihn nicht mehr so wie früher. In seinem Studium kam er in bezug auf das Reale etwas außer Konnex. Aus Büchern konnte er jedoch lernen und das Gedächtnis war sehr gut. Im Sommersemester 1908 mußte er mit dem Studium aussetzen, da sein Vater die Kosten nicht bestreiten konnte. In dieser Zeit kamen ihm Brüder und Verwandte etwas naiv vor. In ihren Wünschen kamen sie ihm zu unbeherrscht vor.

Im Oktober 1908 kam er nach K. Das ganze Leben und Treiben im Hafen machte einen starken Eindruck auf ihn. Dadurch wurde der Sinn etwas nach außen gerichtet. Er fühlte sich jedoch doch nicht recht lebenskräftig und führte sein „Scheinleben" für sich weiter. Dabei war ihm innerlich wohl. (Er hätte damals wohl den Ausdruck Scheinleben nicht gebraucht.) Im ganzen war er doch eindrucksfähiger geworden.

Ende Januar 1909 luetische Infektion. Er war sehr deprimiert. Er verwandt es relativ rasch. Der Gedanke hat ihn später nur wenig beschäftigt. Er hat von sekundären Erscheinungen nur Roseola und Mundpapeln gehabt. Zur Zeit der Untersuchung war der Wassermann stark positiv. Es ist erwähnenswert, daß er die ganze Sache als sehr nebensächlich behandelt.

Eine Stelle in einem Sanatorium, die er im Sommer 1909 auf Wunsch des Vaters antrat, konnte er ausfüllen. Er mußte nun aus äußeren Gründen wieder ein Semester aussetzen. Er verbrachte dieses zu Hause bei seinem Vater und mußte sich an der Abfassung patriotischer Kolportageliteratur beteiligen. Trotz mancher Konflikte mit seiner Stiefmutter fühlte er sich leidlich wohl und er hatte das Gefühl, daß er von seiner inneren Heiterkeit an andere abgeben konnte. Die Natureindrücke erfreuten ihn damals sehr. Er war aber doch mehr nach innen gekehrt als vor 1907. In dieser Zeit besuchte er seinen Bruder, der in Ch. eine Stelle innehatte, die ihn nicht befriedigte. Als er nun den Bruder apathisch und niedergedrückt, gleichsam ohne Impuls antraf, war es plötzlich, als ob sich sein innerer Mensch veränderte. Er kam in einen deprimierten Zustand. Es fehlte plötzlich die Energie. Die Phantasietätigkeit war herabgesetzt. In diesem Zustande fuhr er nach L., um sein Studium wieder aufzunehmen. Als er in L. durch die Straßen ging, hatte er das Gefühl, wie wenn er vom Himmel auf die Erde gefallen wäre. Es war sehr peinlich, er wußte nicht aus noch ein, er war wie verwirrt. Seine Schrift war anders geworden, undeutlicher. Allmählich fand er sich doch wieder zurecht, insbesondere wurde er durch seinen Berliner Bekannten, der ihm aus J. nach L. folgte, wieder etwas mehr ins reale Leben geführt. Er besuchte Kollegs, doch nahm ihm das Gefühl der Insuffizienz die rechte Freude an der Arbeit.

Im Sommer 1910 nahm er wieder Stellung an. Sein Freund starb an einer Lungenerkrankung. Es berührte ihn das auffallend wenig. Er war, als er diese Stellung innehatte, überhaupt wie geistesabwesend. Er war trotzdem in der Lage, klar denken zu können, wenn er nicht unter dem Eindruck von Affekten stand. Traten diese aber ein, dann richtete sich alles nach innen, „dann war ich aus der wirklichen Welt wie ausgeschieden". Auf Frage fügt er hinzu, unter Affekten verstünde er innere Spannungsempfindungen und eine Art ihm peinlichen inneren Kraftgefühls. Wenn er onanierte, war es besser.

Schließlich lebte er sich ein und als er im November 1910 nach L. zurückfuhr, war es ihm, als ob etwas herabsänke. Er war, als ob die Augen geöffnet wurden, als ob alles ganz klar würde, als ob ich wieder ins reale Leben zurückkommen würde. In L. erschien alles anders, „ich war doch ein anderer geworden." Im Sanatorium war er sich wie die Personifikation des Nichts vorgekommen. Er hatte damals viel über tiefe Probleme gegrübelt. „Damals existierte ich und existierte ich quasi nicht." Jetzt trat er wieder ins reale Leben zurück und er faßte auch den Plan, seine Erlebnisse dichterisch zu fassen. Es sollte der Gegensatz zwischen realem und idealem Leben dargestellt werden. Allerdings fühlte er auch in L. Schwere in den Gliedern. Auch waren ständig Schwankungen in seinem Zustand vorhanden. Es war ihm alles seltsam klar, er hatte auch den Eindruck, fremde Personen sehr gut verstehen zu können. So erging es ihm, als er eine Schrift über Napoleon

las. Er dachte damals immer, es sei ihm gelungen, den Willen über das Triebleben zu setzen. Er war damals von Lustempfindungen erfüllt und fühlte sich abgeklärt. Wenn er jedoch in dem nun folgenden Semester im Kolleg saß, so war ihm zwar alles sehr plausibel, aber es war die Kraft des Willens nicht vorhanden. Es kam nicht zu einem regelmäßigen Kollegbesuch. Er fühlte sich auch bedrückt, weil er Schulden zu zahlen hatte und nicht zahlen konnte. Auf Drängen seines Hauswirts ging er doch ins Kolleg, insbesondere als ihm dieser in grober Weise beschimpft hatte, und ihm vorgeworfen hatte, daß er nicht arbeiten wolle. Er glaubt, daß sein Vater den Wirt veranlaßt hatte. Schließlich trat aber wieder eine tiefe Depression auf, die auch dann nicht schwand, als durch ein größeres Darlehen seine pekuniäre Situation geregelt wurde. Auch schenkte ihm damals sein Vater, der sich für ihn verbürgt hatte, seiner Ansicht nach zu wenig Vertrauen in der Verwaltung des entliehenen Geldes. Es kam zu einem Zustand von Apathie und Interesselosigkeit.

Im August 1911 trat eine schwere Krise auf, in der er das Gefühl seiner Persönlichkeit verlor. Es war das unabweisliche Bewußtsein in ihm, er habe seine Persönlichkeit verloren. Es war ein wesenloses Dasein. Es ging jedoch dieser Zustand rasch vorüber und er fühlte sich wieder wohler. Er beschäftigte sich jetzt aber doch nur mit schöner Literatur, weil er sich zu anderer Beschäftigung zu ermüdet fühlte. Gleichwohl hatte er das Gefühl innerer Harmonie und war im Besitze seiner Persönlichkeit. Sein Bekanntenkreis in dieser Zeit setzte sich fast ausschließlich aus jungen Leuten zusammen, die einer etwas tieferen sozialen Schicht als er selbst angehörten. Er nahm nun wieder eine Sanatoriumstelle in Th. an. Nachdem der Zustand überwunden war, war es ihm gewesen, als ob seine Seele eine Haut abgeworfen hätte. Er fühlte sich innerlich wieder harmonisch und er konnte jetzt seinen Gefühlen auf dem Klavier einen adäquaten Ausdruck geben. Im Sanatorium interessierte er sich für seine Beschäftigung sehr. Als aber von einem der dortigen Ärzte eine Patientin, welche anscheinend ähnliche Erscheinungen wie er hatte, als Dementia praecox bezeichnet wurde, „sank das Barometer seiner Seele auf Null.“ Er fühlte sich innerlich vollständig erledigt, er hatte das Gefühl: jetzt ist wieder etwas mit dir passiert. Es trat eine tiefe Verstimmung ein. Als er wieder nach Hause fuhr, war es, als ob alle Erlebnisse spurlos an ihm vorüberglitten, wiewohl auch jetzt noch die Erinnerung an diese Zeit in allen Details ihm gegenwärtig ist. Es trat Unfähigkeit zu Freude und Trauer ein. Er merkte das wieder an seiner veränderten Stellung zu der Natur, die ihn umgab. Es war alles Interesse für diese vollständig verschwunden. Immer war innerlich der Gedanke vorhanden, er litte an Dementia praecox.

In L. wurde es nicht besser, nur nach dem Essen war der Lebensmut etwas größer. Es trat Schlaflosigkeit und Angst auf, so daß er wieder nach Hause fahren mußte. Die Krise wurde gehoben, als ihm sein Bruder am Weihnachtsabend zusprach. Kaum war er jedoch wieder in Leipzig, als er wieder vollständig in eine Depression versank. Er geriet durch mangelhafte pekuniäre Unterstützung von seiten seines Vaters [1]) in die größte Notlage. Er bekam von einem Sanitätsrat, an den er sich wandte, 50 Mk., brachte aber davon 40 Mk. am gleichen Abend durch. Kam dann ins Krankenhaus. Als er entlassen wurde, war er wieder vollkommen mittellos. Er lebte wieder wie in einem permanenten Dämmerzustand. Es gelang ihm jedoch, eine neue Unterstützung zu erhalten und es verlief die Zeit bis zum Dezember 1912 ohne besondere Zwischenfälle. Er war jedoch noch immer in der gleichen Weise gestört wie in der Zeit, als er aus D. zurückkam. Er war den Eindrücken der Außenwelt nicht gewachsen. Am wohlsten war es ihm, wenn er allein essen konnte. Die Furcht vor der Dementia praecox bestand in wechselndem Maße fort Mit seinen Wohnungen war er nie recht zufrieden Er fühlte sich bald in dieser, bald in jener Richtung beeinträchtigt. Er hat auch Bemerkungen gehört, die auf ihn paßten. Dinge, die er über andere gesagt hatte, die hörte er wieder, wenn er in Lokale ging. Einer seiner Wirte sagte ihm: „Auch Sie glauben wohl, Sie werden beobachtet.“ Schon zu Weihnachten 1911 fühlte er sich von Leuten, die in Automobilen saßen, beobachtet. Ein Mann warf einen Handwagen um, wohl damit er wieder in die Realität zurückgerufen werden sollte. „Ich habe genug Verstand, um diese Ideen neutralisieren zu können.“

In dieser Weise ging es etwa bis zum Dezember 1912. Damals trat eine neue Verschärfung des Zustandes ein. Wenn er durch die Straßen der Stadt ging, kam ihm die

[1]) Er haftet sehr an diesem Punkt: „So kann ein Vater doch nicht handeln?“

Außenwelt nicht zum Bewußtsein, er war wie im Rausche. Er fühlte sich nicht mehr so wie vorher. Das Gehirn war wie gehemmt. Der Zustand zeigte Schwankungen oft in einem Tage, doch blieb der Grundzug der Störung der gleiche. Die letzte Verschlimmerung trat auf, als er mit einem Kollegen über Paranoia sprach und als dieser die Paranoia als eine zu völliger Verblödung führende Krankheit bezeichnete. Wieder sank das Barometer seiner Seele auf Null. Diese Verschlechterung seines Zustandes führte ihn zu einer neuerlichen Untersuchung in die Klinik.

Schon während er seine Geschichte erzählt, fügt er Bemerkungen über seinen jetzigen Zustand ein. Er sei jetzt wieder wie außerhalb des realen Lebens. „Es ist seltsam, es ist, wie wenn ich nur halb existierte.“ Oder als er in detaillierter Weise seine Erinnerungen erzählt, sagt er: Es ließe ihn das alles gleichgültig . . . . . es sei jetzt seine Reaktionsfähigkeit aufs äußerste herabgesetzt . . . . oder „ich erzähle momentan alles nur aus dem Verstande heraus, das Bewußtsein ist ziemlich . . . es ist nicht die richtige kraftvolle Erinnerung.“ Gleichwohl erzählt er alles durchaus nicht in gleichgültigem Tone, sondern Tonfall und Mimik folgen durchaus dem Sinn der Rede. Es sind Affekte und Gefühle aus der Art des Ausdrucks ohne weiteres erschließbar. Seine Mimik ist geradezu belebt, seine ganze Grundstimmung erscheint resigniert und schmerzlich. Er gibt über seinen jetzigen Zustand an, er existiere im halben Zustand, er sei deprimiert.

Das Hauptsächlichste sei eine fast völlige Herabsetzung der Willenstätigkeit. Er müsse sich gehen lassen. Es sei schon Zwang, daß er zum Arzt gekommen. Er braucht zu allem eine größere Anstrengung. „Wenn ich in das Kolleg gehen soll, so fällt mir das sehr schwer.“ „Die Konzentrationsfähigkeit ist herabgesetzt. Ich kann mich jedoch konzentrieren, wenn es verlangt wird . . . der Not gehorchend, nicht dem eignen Triebe. Ich kann wohl Leistungen vollbringen, ich tue es aber nicht aus freien Stücken. Der Impuls ist vollständig herabgesetzt.“ Er wacht jetzt sehr zeitig auf. „Meine Glieder sind gefesselt, es ist eine körperliche Lethargie. Wenn ich aufstehen müßte, dann würde es gehen.“ Wenn er sich aufraffte, dann ginge es. Er könne sich nicht lange bei der Arbeit halten. Er brauche sogar zum Essen eine verstandesmäßige Nötigung. Er fühlt sich wohler, wenn er den kritischen Punkt überwunden und sich bezwungen hat . . . . . . „An und für sich existiere ich in einem willenlosen Zustand. Er besteht seit 1911. Es ist ein Zustand, wo ich keinen Willen habe und doch einen Willen habe. Ich bin nicht mehr so im Besitze meines Willens wie früher.“ Er glaubt, daß sein Zustand seit 1911 eine neuerliche Verschlechterung erfahren hat. Er hat den Willen noch mehr verloren. In seiner neuen Wohnung habe er sich nicht zur Tätigkeit aufraffen können. „Wenn ich es tun müßte, so würde ich es gewissermaßen mechanisch tun.“ Dieser Zustand unterliegt Schwankungen. Es hängt von den Affekten ab, ob sein Nervensystem vollkommen reaktionslos ist. „Der Impuls tritt langsam wieder hervor, wenn ich durch Verstandesregung den Willen wieder einsetze.“

Seine Stimmung ist herabgesetzt. Er sei zu tieferen Gemütsregungen nicht fähig. „Es ist ein schmerzliches Gefühl, daß ich reaktionslos bin, zu einer richtig tiefen Trauer bin ich nicht fähig.“ Er bezeichnet sich als stupefactus.

Seine Sinnesempfindungen seien herabgesetzt. Die Geruchempfindung fehle beinahe. Es ist während des Zustandes, als ob die Ohren zugestopft wären. Das Sehen sei nicht gestört, doch scheine ihm sein Zimmer bald größer, bald kleiner zu sein und er schätzt Distanzen schlechter als früher. Bald erscheine ihm das Völkerschlachtdenkmal als wuchtig, bald wieder nicht. Die sinnliche Welt sei für ihn schwächer geworden. Seit 1907 habe er das Gefühl, sich in den Arm kneipen zu müssen, um sich selbst zu fühlen, wie ein Mensch, der sich fragt, ob er träume oder wache. Er hat jetzt das Gefühl, „bewußtlos“ zu sein. Die Zeitschätzung und die Empfindungen aus dem Körper erscheinen ihm ungestört.

Die Fähigkeit des Vorstellens bezeichnet er als herabgesetzt. Die Vorstellungen sind schwach. Insbesondere auch die Erinnerungsvorstellungen. Wenn man kräftig fühlt, hat man kraftvolle Vorstellungen . . . . . . es sind jetzt matte Erinnerungsbilder. Als er sich auf Aufforderung einen Baum vorstellt, sagt er: „Ich stelle mir den Baum genau so vor, wie früher, nur im allgemeinen nicht so lebhaft.“ Farbe und Form stelle er doch in gleicher Weise vor wie früher. Als er studierte, fügte er hinzu, habe ihm ein von der Sonne beschienener Park einen starken Eindruck gemacht. Heute sage ihm das nichts mehr (siehe auch im folgenden).

Über sein Denken gibt er an: „Wenn ich aufwache, gehen die Gedanken zügellos. Der Ablauf der Gedanken ist dabei kein zu rascher. Die Gedanken drängen sich mir auf

und nicht ich beherrsche die Gedanken.“ Er könne sich nur schwer konzentrieren, an eine bestimmte Sache zu denken. Es erforderte das lebhafte Anstrengung.

Assoziationsversuche, die mit ihm angestellt werden, ergeben durchaus normale Resultate. Ich gebe nur einige Stichproben wieder.

Tisch	Teich 1 2/5”
Schlange	Tier 1 2/5”
Wald	Baum 1 3/5”
Sonne	Mond 1 1/5”
Rot	Gelb 1 2/5”

Bemerkenswert sind einige Assoziationsversuche, welche nach der freien Methode Koffkas angestellt wurden. Auf das Reizwort Puppe wird nach 7 Sekunden mit ja geantwortet und folgende Schilderung der auftauchenden Vorstellungen gegeben: Es war eine angekleidete Puppe, so wie sie in Schaufenstern stehen, mit blonden Haaren und farbigem Kleid. Er sei eigentlich eine ganze Menge wie in einem Schaufenster eines Puppenladens. Er sah das Bild in einer der natürlichen entsprechenden Größe vor sich.

Wald . . .	Ja 4”	Es war ein Nadelwald. Er sah die einzelnen Stämme der Bäume. Er stand vor dem Wald.
Schach . .	Brett 1 4/5”	Er hatte im gleichen Moment das Schachbrett in Farben vor sich.

Trotz dieser detaillierten Vorstellungsbilder hatte er den Eindruck, als ob die Vorstellung blässer sei.

Sein Selbstgefühl sei zeitweise so stark herabgesetzt, daß das Ichgefühl nicht vorhanden sei. Dieser Zustand könne sehr hohe Grade erreichen. Auch wenn das Ichgefühl gesunken ist, ist die Verstandestätigkeit vorhanden. „Es ist, wie wenn der eine Teil meines Menschen nicht so stark vorhanden ist. Das Verstandesich ist in der gleichen Weise vorhanden wie früher. Die Gedanken . . . . . . es ist doch wie eine geistige Schwäche. Die Lebensbefähigung ist herabgesetzt. Ich existiere in zwei Welten zugleich . . . In der Seele ist kein innerer Halt. 1911 war ich noch ein ganzer Mensch.“

Die anderen Menschen erscheinen ihm während seines Zustandes unverändert. Er ist ihnen gegenüber objektiver geworden und läßt sich nicht mehr von den Gefühlen der Sympathie und Antipathie leiten.

Er klagt über körperliche Mattigkeit und über ein Gefühl, als ob sein Gehirn gehemmt sei. Im übrigen keine körperlichen Klagen. Keine Zwangsvorstellungen.

Er gibt nur an, schon als Kind leicht errötet zu sein und an Errötungsfurcht gelitten zu haben.

Die körperliche Untersuchung, insbesondere auch die Untersuchung der Sensibilität und der Sinnesorgane ergibt nichts Anormales.

Er selbst beurteilt seinen Zustand folgendermaßen. „Wenn ich aus diesem Zustand heraus will, so darf ich mich nicht zwingen. Es muß von selbst sein, sonst komme ich nicht zu mir selbst. Ich muß mich der Mutlosigkeit überlassen, bis sich meine Seele wieder aufrichtet und bis sich das Körperliche wieder regt.“

Charakteristisch ist für den Patienten die Art, wie er auf einen Konflikt mit seiner Wirtin reagiert. Er kommt sehr erregt, früher als zur besprochenen Zeit zu dem Referenten und klagt, er sei völlig fertig. Er schildert erregt den schlechten Charakter seiner Wirtin und ist völlig fassungslos darüber, daß diese ihm Egoismus vorgeworfen hatte. Er klagt über das hysterische Gesinge der Wirtin, sie singe mit falschem Gefühl.

Vor kurzem glaubte er, daß Löcher in seine Wohnungswand gebohrt wurden. Als er durch den Tunnel ging, kamen Kinder mit gellendem Geschrei, er bezog das auf sich, er glaubte, daß sie seinetwegen geschickt wurden. „Das ist selbstverständlich Unsinn.“

Sein Urteil über die ihm nahestehenden Personen ist im allgemeinen lieblos. So spricht er über den Freund, den er verloren hat, in kühler und etwas herabsetzender Art.

Sein Mitteilungsbedürfnis ist ein sehr lebhaftes. Man hat den Eindruck, daß es ihm eine große Erleichterung ist, von sich und seinen Zuständen sprechen zu können. Er bestätigt das auch selbst. Die Darstellung seines Lebens, die er gibt, ist ungemein reich an Details. Es muß hervorgehoben werden, daß diese (hier nicht erwähnten) sich auf ganz belanglose äußere Erlebnisse beziehen, welche ihm offenbar innerlich stark in Anspruch

genommen haben. So erzählt er mit Vorliebe von den Studentenwohnungen, die er bewohnt hat, von den Wirtinnen, bei denen er wohnte etc.

Eine Neigung, philosophische Schlußfolgerungen aus seinen Erlebnissen zu ziehen, leuchtet durch seine ganze Darstellung hindurch. Insbesondere beschäftigt ihn der Gegensatz zwischen Realem und Innenleben. Er habe sich in Berlin völlig dem Idealen zugewendet und das sei dann immer weiter vorgeschritten. (Nur 1910 sei er mit der Außenwelt in Kontakt getreten.)

Ich kann mir nicht versagen. an dieser Stelle noch ausführlich ein Erlebnis unseres Patienten wiederzugeben. Zur Zeit des Erlebens befand er sich im ausgesprochenen Zustand der Depersonalisation. Er hatte ursprünglich die Absicht gehabt in den Weihnachtsferien 1913 nach Hause zu fahren hatte aber von zu Hause einen abschlägigen Brief erhalten, weil die häuslichen Verhältnisse zu ungünstig seien. Er dachte, der Brief sei gut überlegt und es hätte aus seinem eigenen Brief herausgelesen werden können, daß er nicht gerne nach Hause kommt (alle sind zu Hause zerquält). Trotzdem konnte er sich nicht entscheiden, ob er fahren sollte oder nicht. Es war ein völliger Entschlußmangel. Er glaubte sich beobachtet und meinte, daß man auch von der Klinik aus Leute ausschickte, welche ihn kontrollieren sollten. Es trat jetzt dieses Gefühl, beobachtet zu werden, das gelegentlich schon seit 2 Jahren in ihm auftauchte, wieder stärker hervor. Er hatte mehrfach wegen einer Kellnerin in einem Lokal verkehrt. Das Mädchen machte sehr starken Eindruck auf ihn, weil sie der direkte Gegensatz zu ihm war. Es kam ein leidenschaftlicher Rausch über ihn. (Aus seiner ganzen Erzählung merkt man, daß er durch das Erlebnis sehr stark in Anspruch genommen ist. Gleichzeitig wieder das Bedürfnis auffällig, sich rückhaltlos auszusprechen.) Am ersten Abend war er noch im Besitze seiner Willenskraft und wußte, was er wollte. Dann aber verlor er wieder den Willen und in diesem Moment war auch das Interesse für das Mädchen verschwunden. Er schildert dann breit die Erlebnisse in dem Lokal, jedes Detail stark betonend, insbesondere auch das Verhalten eines anderen Kavaliers des Mädchens. Gleichzeitig fühlte er sich beobachtet und glaubte von den Leuten an den Nebentischen Anspielungen zu hören. Z. B. „Er muß sich mehr zurückhalten, er muß sich beherrschen können." Er hatte das Gefühl, daß man ihn von dem Mädchen abbringen wollte. Er konnte sich nicht erklären warum. Auch das Mädchen sagte: „Hier sitzt ein Kriminalkommissär" und er hörte von Pfefferminztee sprechen (den er zu Hause vielfach getrunken hatte). Im Gespräch gibt er sehr rasch zu, daß all dies wohl verfehlte Deutung sei. Es ist immer wieder auffallend, mit welch lebhaftem Affekt er auf derartige belanglose Erlebnisse reagiert[1]).

Zusammenfassung:

Es handelt sich um einen 29jährigen Studenten, der eine der Norm entsprechende Begabung zeigt, der aber seit der Kindheit eine Reihe auffälliger Züge bietet, wie aus seinen glaubhaften Angaben hervorgeht. Deutlicher treten diese in der ersten Zeit seines Studentenlebens hervor. Bemerkenswert ist sein Gefühl der inneren Schwäche und Unselbständigkeit, aus dem heraus zum ersten Mal in einem Alter von 23 Jahren sich ein als Depersonalisation zu bezeichnendes Krankheitsbild entwickelt. Es ist schon dadurch als Depersonalisation gekennzeichnet, daß die Unlustaffekte (Angst und Gefühl der Peinlichkeit) sich nachweisen lassen. Vielleicht tritt die Peinlichkeit des Zustandes weniger hervor als in ähnlichen Fällen. Dem entspricht, daß der Patient sich in besonderer Weise zu geistiger Arbeit befähigt fühlt. Es ist eine Abkehr von der Wirklichkeit des täglichen Lebens und eine Zuwendung zu dem geistigen Leben. Dieser Zustand verliert nach kurzer Zeit alles Peinliche (seit Ostern 1907), es bleibt nur eine gewisse Abkehr vom realen Leben bei erhaltener Fähigkeit sich zu interessieren. In dieser Form dauert er etwa zwei Jahre hindurch an. An

[1]) Zur Zeit der Korrektur Mai 1914 sind die Beziehungsideen völlig geschwunden. Die Störungen des Persönlichkeitsbewußtseins außerordentlich ausgesprochen.

scheinend sind gewisse Schwankungen doch vorhanden und es kommt zeitweise doch der Eindruck, daß es ein Scheinleben ist. 1909 tritt eine Krise ein insofern, als jetzt wieder das ausgesprochene Bild der Depersonalisation eintritt. Es ist schwere „Teilnahmslosigkeit" mit Unlustgefühlen im Vordergrunde des Zustandsbildes. Dieser Zustand dauert mit zwei Unterbrechungen (im November 1910 und im August 1911), wenn auch mit Schwankungen, bis zu dem heutigen Tage an. Das Zustandsbild des Jahres 1910 ist gekennzeichnet durch eine erneute Zuwendung zum Leben, die mit hochgradigen Lustgefühlen verbunden ist. Das des Jahres 1911 wird als wiedererlangte innere Harmonie beschrieben. In der übrigen Zeit beschreibt der Patient zwar Schwankungen, die ich jedoch nicht als wesentlich ansehen kann. Es handelt sich nur um quantitative Differenzen in der Schwere des Zustandsbildes.

Epikrise:

Eine Aufzählung der vorhandenen Einzelsymptome kann in diesem Falle deshalb unterlassen werden, weil die Krankengeschichte bereits die einzelnen Störungen zusammenfaßt.

Die Störungen der Wahrnehmung betreffen wieder sämtliche Sinnesgebiete und ziehen das Rohmaterial der Empfindungen nicht in Mitleidenschaft. Das ergibt die objektive Untersuchung und auch die Angaben des Patienten selbst gehen nach der gleichen Richtung. Bemerkenswert sind die Schwankungen des Größeneindrucks der Objekte. Sein Zimmer erscheint ihm bald größer und bald kleiner. Der Kranke faßt dahin zusammen, daß die sinnliche Welt für ihn schwächer geworden sei.

Auch dieser Patient klagt über Apathie, mangelhafte Reaktionsfähigkeit auf dem Gefühlsgebiete, über die Unfähigkeit, Freude und Trauer zu empfinden. Diesen Angaben widerspricht auf das entschiedenste Mimik, Haltung und Sprechart des Patienten. Er ist in keiner Weise in dem Ausdruck der Gefühle gebunden oder gehemmt. Auch seine eigenen Angaben enthalten eine Reihe von Widersprüchen. Er ist in der Zeit, wo er angibt, gefühllos zu sein, für Musik empfänglich. Am auffallendsten ist jedoch das, was ich selbst beobachten konnte, die Reaktion auf den Streit mit seiner Wirtin. Er ist lebhaft verärgert, sehr unmutig und reagiert viel lebhafter affektiv, als es der Sache nach angebracht wäre. Nach allem scheint es mir fraglos, daß es sich nicht bloß um einen Menschen handelt, der fähig ist, Gefühle zu empfinden, sondern daß dieser Mensch auch besonders leicht zu Gefühlen und Affekten tiefgreifender Art gebracht werden kann. Ich verweise nur auf die Episode mit der Kellnerin.

Die objektive Schärfe des Gedächtnisses geht aus seinen ganzen Darstellungen hervor. Er hat sie übrigens mehrfach in der gleichen Art und Weise wiedergegeben mit stets übereinstimmenden Details. Er erinnert sich an jedes einzelne Wort des Referenten. Er klagt auch nur darüber, daß ihm das Gedächtnis nicht mehr in der früheren Fülle und Kraft zu Gebote stehe. Das gleiche gibt er über seine Vorstellungen an. Hier können wir uns auf exakte Untersuchungen berufen. Sie haben uns ergeben, daß der Patient ein sinnlich lebhaftes Vorstellungsvermögen besitzt. Aber auch hier klagt er darüber, daß die Vorstellungen nicht die richtige Kraft besäßen. Die gleichen Angaben macht er über die mit den Vorstellungen verbundenen Gefühle.

Erheblichere Denkstörungen sind bei unserem Patienten jedenfalls nicht vorhanden. Er bewegt sich selbst in komplizierteren Gedankengängen. Er ist imstande, dem Gange einer akademischen Vorlesung zu folgen. Bemerkenswert ist, daß ihm die Einstellung der Aufmerksamkeit Schwierigkeiten bereitet. Er klagt über mangelhafte Konzentrationsfähigkeit. Daß er gelegentlich das Gefühl hat, seine Gedanken nicht zu beherrschen, sondern von ihnen beherrscht zu werden, sei erwähnt.

Die gleichen Klagen begegnen uns auf dem Gebiete der Willenstätigkeit. Er ist wie ohne Bewußtsein, handelt nur mechanisch. Er klagt seinen Willen zu den geringsten Handlungen anspannen zu müssen. Besonders instruktiv ist die Angabe des Patienten, er könne wohl den Willen anspannen, es fehle jedoch der Impuls. Es brauchte stets einer intellektuellen Willensanspannung. Auch die Angaben über das Selbstgefühl sind bei unserem Patienten besonders klar. Er ist sich bewußt, daß ein Teil seines Ich stets intakt bleibt. „Ich existiere und ich existiere nicht", ist seine Äußerung.

Auch die in der Krise erlebten Ereignisse sind ihm voll gegenwärtig. Ja man hat den Eindruck, daß auch eine sehr lebhafte Gefühlserinnerung besteht.

Die Diagnose des Falles ist wohl auf Psychasthenie zu stellen. Nichts spricht bindend für eine Defektpsychose und andernteils ist auch kein Anhaltspunkt für einen Zustand manisch-depressiven Irreseins. Es handelt sich um eine Psychasthenie im Sinne Janets. Die Erkrankung erwächst auf dem Boden der Konstitution. Aus dem Verlaufe sind die Schwankungen besonders hervorzuheben. Die paranoiden Züge sind eine Besonderheit dieses Falles. Es taucht doch die Möglichkeit einer Schizophrenie auf.

Uns ist dieser Fall besonders deshalb wichtig, weil verständliche Zusammenhänge sich besonders klar darbieten. Die Neurose ist verständlich als die Abwehrreaktion eines, der die volle Wirklichkeit nicht verträgt. Es ist eine mißglückte Flucht aus der Wirklichkeit in das rein geistige Leben.

Deskriptiv-psychologische Analyse der Depersonalisation.

Zunächst eine kurze Definition dessen, was wir als Depersonalisation bezeichnen. Ich verstehe darunter einen Zustand, in dem das Individuum sich gegenüber dem früheren Sein durchgreifend verändert fühlt. Diese Veränderung erstreckt sich sowohl auf das Ich, als auch auf die Außenwelt und führt dazu, daß das Individuum sich als Persönlichkeit nicht anerkennt. Seine Handlungen erscheinen ihm automatisch. Es beobachtet als Zuschauer sein Handeln und Tun. Die Außenwelt erscheint fremd und neu und hat ihren Realitätscharakter verloren [1]).

Ich setze in Form einer These hierher, in welcher Weise dieser Zustand psychologisch zu umschreiben ist: Verändert ist nicht das zentrale Ich, das Ich im eigentlichen Sinne, verändert ist vielmehr das Selbst, die Persönlichkeit und das zentrale Ich nimmt jene Veränderung des Selbst wahr. Es setzt somit die Depersonalisation eine bestimmte Summe erhaltener Fähigkeiten voraus. Die Veränderung des Selbst ist nicht die Folge der Veränderung irgend einer

[1]) Vergleiche die Definitionen von Kraepelin und Heymans.

Gruppe psychischer Elemente, der Empfindungen, der Gefühle, der Erinnerungen und Denkvorgänge (wenn es überhaupt erlaubt ist, derartig zu sondern), sondern rührt daher, daß das zentrale Ich in seine Erlebnisse nicht mehr in der früheren Weise eingeht. Das Selbst erscheint entseelt, weil es nicht ungeteilt dem Ich entsprießt. Es genügt nicht, daß Empfindungen, Gefühle, Vorstellungen, Gedanken, dem Bewußtseinsstrome immanent sind, ja es genügt auch nicht, daß sie vom zentralen Ich erfaßt werden; es müssen vielmehr in dem Erfassen des Inhalts sämtliche aktuelle Tendenzen des Ich vereinheitlicht unwidersprochen enthalten sein.

Die Gefühle und die Gemütsbewegungen.

Es erscheint notwendig, auf zwei Arbeiten näher einzugehen, welche für die Gefühlspsychologie wichtig sind. Haas macht aufmerksam auf den Unterschied zwischen den echten und unechten Gefühlen. Echtheit und Unechtheit seien nicht auf Qualitäten der Gefühle (etwa Dauer und Intensität) zurückzuführen. Das unechte Gefühl entstehe nur im Widerspruch zum echten. Und dieses zeigt seinen Rechtsanspruch dadurch an, daß es aus einer größeren Tiefe des Ich hervorbricht. Mit Äußerlichkeit und Innerlichkeit der Gefühle hat Echtheit und Unechtheit nichts zu tun. Auch Aufrichtigkeit und Unaufrichtigkeit sind etwas davon verschiedenes. Das was in der tieferen Schicht vorhanden, macht erst das Gefühl zu einem echten oder unechten.

Pfänder berichtet allgemein von echt und unecht Psychischem. Er zeigt, daß das unecht Psychische sich nicht beschränkt auf die Gefühle. Der gleiche Unterschied sei auch im Bezug auf Gesinnungen (die er von den Gefühlen trennt) zu machen. Es gebe auch unechtes Genießen, unechtes Streben und Wollen, unechte Willensentschlüsse und Willenshandlungen, unechtes Denken, unechtes Glauben, unechtes Sicherinnern.

Halten wir das wesentlichste Resultat dieser Untersuchungen fest: Alles Seelische ist in zwei Schichten gegeben, in einer echten und in einer unechten. Das echt Psychische entspricht der Grundrichtung des Ich.

Ich beginne jetzt mit einem Versuch der Analyse der Gefühle und Gemütsbewegungen bei der Depersonalisation. Er wird deswegen dem übrigen vorangestellt, weil eine Reihe von Autoren einer Störung der Gefühle und Gemütsbewegungen die wesentlichste Rolle im Zustandsbilde zuschreibt[1]). Sie sehen hier den Kernpunkt des Problems. Unsere Kranken klagen in gleicher Weise über den Mangel an elementaren Gefühlen, wie über den Mangel an Gemütsbewegung. Sie leugnen, an Optischem, Akustischem Freude zu empfinden. Gottfried (Fall 1) und Johanna (Fall 2) klagen, sie spürten den Geschmack der Speisen, empfänden aber nicht Vergnügen oder Unlust dabei. Gottfried erklärt: „Das Gefühl des Angenehmen habe ich überhaupt nicht mehr." Johanna meint, sie sehe wohl die Farben, könnte sich jedoch an schönen Farben nicht erfreuen. Gottfried gibt an, Freude, Liebe, Haß und Trauer nicht mehr zu empfinden. „Ich würde mich freuen, wenn es bloß ein trauriges Gefühl

[1]) Über Depersonalisation existiert bereits eine Reihe von zusammenfassenden Arbeiten: Oesterreich, Hesnard, Dugas und Moutier, gleichwohl habe ich es für richtig gehalten, auch das Tatsachenmaterial zu unterbreiten, auf das sich meine Analysen stützen. (Vgl. den Anhang.)

wäre.“ Er könnte alle Menschen totschlagen, ohne etwas zu fühlen. Er beklagt sich, daß er zu seinen Mitmenschen nicht mehr lieb sein kann, wie früher. Auch Johanna empfindet schmerzlich, daß sie gegenüber ihrer Umgebung nicht das Richtige empfindet. Auch in Krankengeschichten der anderen Autoren kann man, wie sich aus dem Anhang ergibt, derartige Äußerungen sehr zahlreich antreffen. Einer der Kranken Oesterreichs Ti. gibt direkt an, es fehlten alle Gefühlsstöne[1]). Ein anderer spricht von völliger Gefühlsstumpfheit. Dugas spricht von Apathie. Prau vermißt, daß er inneren Anteil an seinen Arbeiten und Handlungen nehme. Es läßt ihn alles gleichgültig. Mein Fall R. S. (Fall 3) spricht von äußerster Herabsetzung der Reaktionsfähigkeit. Neben den Klagen über quantitative Veränderungen finden sich auch solche über qualitative. Johanna gibt zeitweise zu, lustig zu sein, aber sie versichert, daß es nicht die richtige Lustigkeit sei. Die Lustigkeit sei nicht natürlich. Die qualitative Abänderung erscheint ihr so beträchtlich, daß sie meint, alles, was gefragt würde, passe eigentlich nicht auf sie. R. S. sagt: es sei nicht die richtige tiefe Trauer, die er fühle. Auch Ka. spricht davon, sein Ärger hätte etwas Fremdartiges, etwas Äußerliches, oder auch, daß die Leidenschaften blasser, die Gefühle dumpfer seien. Böttigers Fall I gibt an, die Gemütsbewegungen seien blaß und farblos. Es fehle die „tiefe“ Freude. Besonders schön sind die Ausführungen Janets.

Die Kranken fühlen in der Tat sehr häufig eine merkwürdige Unzufriedenheit mit ihren Emotionen . . . . . . es scheint ihnen, daß sie enden, bevor sie vollständig geworden sind und sich umsetzen in eine andere geistige Tätigkeit, Zwangsgedanken, Tics und Angstzustände. „Ich kann nicht mit einer Emotion und einem Gefühl nicht zu Ende kommen, darüber mache ich mir die Gedanken.“ „Es scheint mir, daß ich meine Kinder nicht wieder sehen werde, alles läßt mich indifferent und kalt . . . . . ich wollte, ich könnte verzweifeln, schreien vor Schmerz. Ich weiß, daß ich unglücklich sein müßte, aber ich komme nicht dazu. Ich fühle weder Freude noch Schmerz. Es gibt eine hohe Schranke, die mich sogar hindert, Schmerz zu fühlen . . . . .“ „Früher war ich furchtsam, sagt Gay, und sie hätten mich nicht in diesen mit Skeletten angefüllten Saal führen können (das Museum der Salpetrière). Jetzt macht mir das gar nichts und ich bin nicht einmal erschrocken, alles ist mir gleichgültig.“ Claire macht folgende Bemerkungen: „Die Gemütsbewegungen machen Halt, entwickeln sich nicht, verlieren sich und kommen nicht bis zu mir. Etwas, was mich erschrecken müßte, läßt mich ruhig, ich habe keine Furcht mehr, ich bin zu ruhig. Gleichwohl fühle ich Freude und Leid, aber abgeschwächt. Es ist sehr selten, daß ich lachen kann, ich lächle, aber ich kann nicht aus vollem Herzen lachen. Freud und Leid bleibt mir ferne, schwebt in der Luft und es macht mich untröstlich, daß ich kein Herz habe . . . ich möchte gerne Kummer haben können: so vollkommen ruhig zu sein, das ist das Entsetzliche . . .“ Ich war erstaunt, ein tiefes Gefühl der Langeweile auch bei solchen Kranken anzutreffen, welche sich hinreichend beschäftigten. Das kommt daher, daß die Beschäftigung und die Arbeit ihnen nicht die Empfindung gaben, die ihnen zukommt und die Freude, die ihr folgt.“

Auch die Arbeiten der anderen Autoren erwähnen Ähnliches.

Es muß jedoch vermerkt werden, daß bei einer Reihe von Patienten sehr lebhafte Gefühle verzeichnet sind. So in einem Falle Janets. Auch Ti. empfindet zu einer Zeit, wo er angibt, nicht zu fühlen, einen lebhaften Ärger bei belanglosen Dingen. Anderes ist ihm „sympathisch“. Auch in einigen Fällen Krishabers wird von erhöhter Reizbarkeit (bei sonstiger Gefühlshemmung) gesprochen. Johanna gibt an, sie empfände Ärger, wenn man ihr

[1]) Oesterreichs Patienten, auf deren Angaben ich noch wiederholt zurückkomme, sind als Ti., Prau und Ka. bezeichnet.

sagte, sie würde wieder gesund. Man sehe sich doch auch die Krankengeschichte meines Patienten R. S. an.

Ein besonderes Interesse verdient das Verhalten anderen Menschen gegenüber. Gottfried spicht davon, er könnte sie erschlagen, wie Holzpuppen. Er fühlt also seinen Gefühlsmangel in die anderen ein. Johanna gibt jedoch an, sie hielte die anderen Menschen für glücklich. Das Verhalten Gottfrieds scheint das seltenere zu sein. Entsprechende Angaben finden sich in der Kasuistik bei Heymans, Geißler, Oesterreich und Ball. Ka. sah einmal zwei bis drei Minuten lang die Menschen um sich herum als Maschinen. Balls Kranker spricht von Dingen, wenn er die Personen seiner Umgebung meint. R. S. gibt an, er fühle sich allen Menschen gegenüber objektiver und ließe sich nicht von Sympathie und Antipathie leiten.

Über die Phantasiegefühle werde ich noch bei Besprechung der Erinnerung und des Gedächtnisses näher berichten. Im allgemeinen scheint das Verhalten derselben ein wechselndes zu sein.

Fragen wir uns nun, wie es mit dem äußeren Ausdruck der Gefühle bestellt ist, so bemerken wir mit Erstaunen, daß den Patienten der Ausdruck der Lust und Unlust, der Freude und der Trauer voll zu Gebote steht. Gottfried erschien zwar bisweilen apathisch, vorherrschend drückte sich jedoch in Miene und Haltung tiefe Trauer aus. Er war leicht zum Weinen zu bringen, auch drückte seine Stimme der Rede folgend Sehnsucht, Liebe, Trauer aus. Auch in Briefen äußert sich eher ein gewisser Gefühlsüberschwang. Ähnliches findet sich bei Johanna, welche im Gespräche scharf pointiert und interessiert erscheint. Beide Kranke lachten, wenn man mit Komischem an sie herantrat. Bei R. S. konnte ich in Mimik und Haltung nichts Auffälliges nachweisen.

Auch dieses Verhalten findet Bestätigung in den meisten Fällen der Literatur, die daraufhin näher beobachtet sind. Bernard-Leroy konstatiert, daß die Kranke ihre Kinder zärtlich umarmt. D'Allonnes schildert sehr ausführlich, wie Alexandrine sämtliche äußere Zeichen der Gemütsbewegungen bietet zu einer Zeit, wo sie behauptet, eine Gemütsbewegung nicht zu fühlen. Er hat Atem und Pulsveränderungen konstatieren können, als sie die Freude eines Besuches von seiten ihres Sohnes hatte. Ka. konstatiert selbst diese Differenz zwischen Fühlen und seinen Ausdrucksbewegungen, ebenso Ti. Löwy erwähnt, daß die Kranke in ihren gleichgültigen Zuständen ein lebhaftes Interesse für ihren Zustand im Benehmen an den Tag legt.

Soweit die Tatsachen bezüglich der Gefühle und Gemütsbewegungen bei der Depersonalisation. Nun zur Deutung.

Wir gehen von der einfachen Beobachtung aus, daß Gottfried auf die Frage, ob man ihm die Geschichte von der Strubelpepi erzählen solle, lebhaft zu lachen beginnt. Er selbst sagt, er spüre dabei kein Vergnügen. Man könnte annehmen, er habe tatsächlich dabei kein Vergnügen gespürt, was ja in der Tat den Anschauungen von d'Allonnes und Oesterreich entsprechen würde. (Die meisten anderen Autoren haben sich über diesen Punkt nicht direkt ausgesprochen.) Es erhebt sich sofort die Frage, weshalb denn der Patient gelacht hat. Sie ist zu beantworten, wenn man den Ansichten von Lange und James entsprechend annimmt, das Komische rufe ohne Vermittlung von Gefühlen das Lachen hervor. Dann bleibt aber vollkommen unerklärlich, warum der Kranke nichts fühlen sollte. Denn die hierzu allein notwendigen Bedingungen (nach der

Ansicht jener Autoren) sind ja erfüllt. Es kann also, wenn man Gefühlsmangel annimmt, die Theorie von Lange und James nicht als ausreichend zur Erklärung der Tatsachen angesehen werden. Diesen Schluß haben in der Tat sowohl d'Allonnes als auch Oesterreich gezogen.

Nimmt man jedoch mit d'Allonnes an, daß die Viszeralempfindungen, welche das Gefühl konstituieren, fehlen, oder mit Oesterreich, daß das Gefühl fehlt, so ist es höchst eigenartig, daß die Viszeralempfindungen und das Gefühl so vollständig überflüssig sein sollen, wenn es gilt, eine Ausdrucksbewegung hervorzurufen.

Gegen die Theorie der Viszeralempfindungen erheben sich noch eine weitere Reihe von Einwänden, die ich noch später besprechen werde. Hier sei nur noch darauf verwiesen, daß Atem- und Pulsreaktionen vorhanden sind. D'Allonnes hat ferner die Sensibilität der inneren Organe durch kalte Einläufe zu prüfen versucht. Er hat dabei Angaben erhalten, die vollkommen denen Normaler entsprachen (vgl. hierzu Weber, Meumann, Becher), hat sie aber fälschlich auf ein Fehlen der Sensibilität der inneren Organe bezogen.

Viszeralempfindungen und Gefühle würden sich dann als ziemlich überflüssige Bestandteile im Seelenleben erweisen. Hier muß nochmals daran erinnert werden, daß das Sprechen dieser Kranken Leidenschaften und Gefühle zum Ausdruck bringt. Auch für diese Erscheinungen wären dann Gefühle nicht notwendig. Ein Patient Krishabers schreibt ausgezeichnete Artikel, die Patienten Oesterreichs verfassen lange Selbstschilderungen, machen Doktorarbeiten etc. Mein Patient R. S. besteht in der ersten Attacke sein Hochschulexamen. Überhaupt sind die Patienten vielfach im Leben draußen möglich. Die Patienten Böttigers, Balls, Hirts machen ihre Büroarbeiten. Akzeptiert man also die Anschauungen Oesterreichs, so sinken die Gefühle zu psychischen Epiphänomenen (wenn ich so sagen darf) herab. Die Konsequenz hat Oesterreich nicht genügend berücksichtigt. Er hat sich damit helfen wollen, daß in einer Reihe von Fällen ausschließlich die Aktivitätsgefühle gehemmt seien. Doch muß gesagt werden, daß in allen genannten Fällen die Störungen des Gefühlslebens nach den Angaben der Patienten selbst nicht verschieden sind von den Gefühlsstörungen anderer Depersonalisationsfälle. Andernteils ist es, falls man überhaupt Aktivitätsgefühle annimmt, schwer zu fassen, daß sie bei allen diesen Leistungen keine Rolle spielen sollen. Ich glaube jedenfalls nicht, daß eine Gefühlstheorie, welche derartige Annahmen in sich schließt, viele Anhänger finden wird. Wenn sich also ergibt, daß eine nicht akzeptable Gefühlstheorie notwendig ist, um die Behauptung bei der Depersonalisation fehlten die Gefühle, aufrecht zu erhalten, so wird man diese Behauptung doch wohl fallen lassen müssen. Ausdrucksbewegungen sind in allen Fällen, die daraufhin genauer untersucht wurden, erhalten gewesen, man findet entsprechende Angaben bei Oesterreich, Heilbronner, Juliusburger, Bernard-Leroy, Hirt, Försterling. Bernard-Leroy hat auch den entsprechenden Schluß gezogen, nämlich den, daß die Gefühle bei der Depersonalisation erhalten sind. Jedenfalls ist gerade der Mangel an objektiver Hemmung für die Depersonalisation so charakteristisch, daß man Fälle mit solcher ihr überhaupt nicht zuteilen kann (darüber später).

Meumann scheint allerdings eine Gefühlstheorie, wie wir sie aus der Annahme des Fehlens der Gefühle bei der Depersonalisation ableiteten, nicht zu

scheuen. Er hebt bei der Besprechung des d'Allonnesschen Falles hervor, wieviel vom Seelenleben in unveränderter Weise auch ohne Gefühle vonstatten geht. Ich hoffe aber, daß die Argumente, die ich im folgenden vorbringe, ausreichen, um die Ansicht vom Fehlen der Gefühle zu widerlegen.

Es spricht gegen einen völligen Gefühlsmangel bei der Depersonalisation, daß in jenen Fällen, wo die begründete Annahme besteht, daß Gefühle ausgefallen sind (bestimmte Fälle von Paralyse und Dementia praecox), auch die Ausdrucksbewegungen schwere Einbuße erlitten haben. Ausdrucksbewegungen ohne entsprechenden Affekt sind in der Neuropathologie bekannt: Zwangslachen und Zwangsweinen. Doch folgt hier die Ausdrucksbewegung niemals in derartig präziser Weise den Wendungen der Rede, wie dies bei der Depersonalisation der Fall ist. Es sind übrigens meines Wissens exakte Untersuchungen über die Psychologie dieser Zustande noch ausständig. Ich selbst habe, seitdem ich auf dieses Problem achte, durch die Liebenswürdigkeit von Herrn Dr. Zaloziecki Gelegenheit gehabt, einen Fall amyotrophischer Lateralsklerose genauer zu explorieren.

Der Patient, dessen Intelligenz nicht gelitten hatte, beschrieb, daß das Lachen auch gegen seinen Willen komme. Insbesondere dann, wenn ein andersartiger Affekt vorhanden sei. So mußte er häufig lachen, wenn er seine Jungen auszanken sollte. Wenn er dann lacht, wird er auch freudig, so daß er dann überhaupt nicht mehr weiter zanken konnte. Außerdem ist er sehr leicht zum Lachen zu bringen. Jedenfalls war also in diesem Fall während des Lachens der entsprechende Affekt vorhanden.

Auch bei der Hysterie scheint es gelegentlich zu Affektausdruck zu kommen, ohne daß der Affekt wirklich vorhanden ist. Meines Erachtens ist aber selbst in dem Fall, daß ein Affekt naturwahr gespielt wird, ein entsprechender Affekt in irgendeiner Form (wir werden das später noch vertiefen) vorhanden.

Zu all dem kommt hinzu, wie später noch zu erörtern sein wird, daß die Angaben der Kranken über andersartige Defekte im wesentlichen nicht objektiv begründet sind. Nun stehen uns für die Untersuchung der Sinnesorgane, des Denkens und des Gedächtnisses eine Reihe von objektiven Untersuchungsmethoden zur Verfügung. Für den Nachweis der Gefühle haben wir nur die Ausdrucksbewegungen und die Atem- und Pulsveränderungen. Beide objektive Kriterien des Bestehens von Gefühlen sind im Falle der Depersonalisation gegeben. Es schließt sich also die Beweiskette, daß bei der Depersonalisation ein wirklicher Gefühlsmangel nicht besteht.

Es ist uns nach allem nicht auffallend, wenn es Fälle gibt, in denen von Gefühlsmangel nicht berichtet wird oder wo sogar von einer Steigerung der gemütlichen Erregbarkeit gesprochen wird. (Oesterreich meint freilich, daß die erhöhte Reizbarkeit im Gemütsleben dem psychologischen (physiologischen) Gesetz entspreche, daß eine gehemmte psychische Funktion sehr leicht eine abnorm intensive Erregung erfahre, wenn sie überhaupt erregt werden könne.) Es rücken dann sämtliche Tatsachen, die über angeblichen Gefühlsmangel erhoben wurden, in die gleiche Reihe mit den Angaben der Patienten, daß ihre Gefühle nicht richtig und nicht natürlich seien.

Es ist nun zu fragen, wie kommt es, daß die Kranken, wiewohl sie fühlen, behaupten, daß sie nicht fühlen. Wie kommt es, daß die Kranken nach dem Ausdrucke Janets mit ihren Gefühlen unzufrieden sind. Eine Antwort auf

diese Frage können wir nur bei jenen Autoren erwarten, welche nicht annehmen, daß die Gefühle vollständig geschwunden sind. Löwy gibt an, es seien die Aktionsgefühle herabgesetzt. Es fehlt also nach Löwy nicht das Gefühl selbst, sondern das Gefühl, das mit der psychischen Tätigkeit des Fühlens verbunden ist: wie er sich ausdrückt, „das Fühlgefühl.“ Es ist anzuerkennen, daß gegenüber den Ausführungen Oesterreichs ein Fortschritt gegeben ist, insofern, als anerkannt wird, daß Gefühle da sind [1]). Nicht genügend begründet erscheint mir der positive Teil der Deutung. Die Aktionsgefühle in dem Sinne Löwys scheinen mir ad hoc konstruiert zu sein. Wenn ich wahrnehme, so vollziehe ich einen intentionalen Akt, aber ich fühle nicht etwa ein Wahrnehmungsgefühl. Allerdings leuchtet bei Löwy die Anschauung durch, daß von dem Ich Akte ausstrahlen. Doch ist dies nirgends deutlich ausgesprochen. Und sind nun neben diesen Akten noch spezifische Aktgefühle vorhanden? Diese Annahme scheint mir eben willkürlich zu sein. Aus unseren bisherigen Ausführungen geht schon hervor, daß die Gefühle gleichfalls als Inhalte anzusehen sind, die in Akten gegenständlich erfaßt werden. Und ich knüpfe an die zu Beginn dieser Ausführungen erwähnten Arbeiten an und frage, welches Erleben bedingt, daß einmal ein Gefühl echt, das andere Mal als unecht erlebt wird. Hier sei verwiesen auf Ausführungen von Husserl über Evidenz. Husserl setzt sie in Wesensbeziehungen zum gewöhnlichen Sehen. Die Evidenz bestehe in einem Sich-zur-klaren-Gegebenheit-bringen. Die Oberschicht des gleichen Aussagens ist im Falle der Nichtevidenz auf Grund eines ganz verworrenen und ungegliederten Sachverhaltsbewußtseins gegeben, im Falle der Evidenz auf Grund einer klar einsehenden Sachverhaltsintuition. Es gibt nun meines Erachtens auch eine Evidenz der Gefühle, ein evidentes Gefühl ist gegeben auf Grund eines klar eingesehenen (gefühlten) Gefühlshintergrundes [2]). Ein nicht evidentes Gefühl ist gegeben auf Grund eines verworrenen oder sich widersprechenden Gefühlssachverhaltes. Das echte Gefühl scheint mir nun nichts anderes zu sein als das evidente, im Einklang aller Tendenzen vollzogene Gefühl, das Gefühl, das der Grundrichtung des Ich entsprechend vollzogen wird. Die Gefühlsstörung der Depersonalisierten ist nun darin gegeben, daß das Individuum keine evidenten, im Einklang mit dem Gefühlshintergrunde stehenden Gefühle vollzieht. Es entsteht dann ausschließlich ein nicht aus der Tiefe des Ich kommendes Gefühl [3]), ein unechtes Gefühl. Es gibt zweifellos Grade dieser Unechtheit, Grade der Nichtevidenz der Gefühle. Hierin findet die Verschiedenheit der Angaben der Patienten ihre Erklärung. Die einen erkennen die Gefühle

---

[1]) Es ist mir unverständlich, daß Oesterreich in seinem letzten Buche die Deutung Löwys für dessen Fall akzeptiert und gleichzeitig seine eigene Deutung vom Mangel der Gefühle in der Depersonalisation aufrecht erhalten kann. Denn diejenigen Momente, die Löwy zum Aufgeben der Annahme Oesterreichs trieben, sind in allen daraufhin untersuchten Fällen nachweisbar.

[2]) Es werden hierunter alle jene Tendenzen verstanden, welche zu dem aktuellen Gefühl Beziehung haben.

[3]) Dieser Ausdruck ist bildlich zu nehmen. Zur Erläuterung sei hinzugefügt: Wenn ich Grund und Gegengrund gegeneinander abgewogen habe, und den Entschluß fasse, so vereinheitlichen sich in diesem Entschlusse beide Tendenzen und ich drücke das so aus: Trotz des Gegengrundes treffe ich diese Entschließung. Nicht vereinheitlicht und nicht aus der Tiefe kommend, ist Entschluß, wenn ich mich entschließe und trotzdem immer wieder der Gedanke kommt, ich hätte mich im Sinne des Gegenteils entscheiden sollen.

nicht als natürlich und richtig an, die anderen leugnen überhaupt ihre Gefühle. Das Charakteristische der Depersonalisation scheint mir darin gegeben zu sein, daß diese Unechtheit der Gefühle zum Gegenstand eines neuerlichen Aktes gemacht wird.

Es sind vielleicht zwei verschiedene Möglichkeiten tatsächlich verwirklicht: Es wird wahrgenommen, daß das Fühlen unecht ist oder es wird wahrgenommen, daß das Ich unecht fühlt. Es würde sich in diesen beiden Fällen um eine verschiedene Beachtung der Momente des Erlebens handeln. (Zu dieser Fragestellung ist Geiger zu vergleichen.) In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle scheint die erste Möglichkeit realisiert zu sein. Es muß hervorgehoben werden, daß die Lebhaftigkeit, „die Intensität" des Gefühles nicht dafür maßgebend ist, ob es echt oder unecht ist. Es gibt unter den Depersonalisierten auch solche, welche eine abnorme Reizbarkeit zeigen (Fälle von Janet und Krishaber, auch mein Fall R. S. gehört in diese Gruppe).

Es ist anzunehmen, daß der auf das eigene Gefühlsleben gerichtete Akt bei den Depersonalisierten kein einheitlich vollzogener ist. Man kann introspektive Psychologie treiben, ohne depersonalisiert zu sein. Für die Depersonalisation ist charakteristisch, daß die Tendenz der Beobachtung mit der Gefühlstendenz ringt. Man könnte sagen, während des Fühlens will der Depersonalisierte beobachten und während des Beobachtens will er voll erleben.

Dieser Gesamtzustand unechter psychischer Gegebenheiten wird von dem Individuum gefühlsmäßig beantwortet. Auch diesem Gefühl fehlt die Innerlichkeit in Tiefe, wie die Aussagen der Kranken zu beweisen scheinen. Sie sprechen davon, daß es nicht einmal Apathie sei, was sie fühlten. Es muß das ausdrücklich betont werden, denn Dugas [1]) und Moutier haben verkannt, daß dieser Zustand ungemein quälend ist. Die Patienten bieten das Bild tiefster Niedergeschlagenheit und die Aussage der Kranken von d'Allonnes: Es wäre besser zu sterben als so zu sein, entspricht durchaus dem Seelenzustand dieser Kranken. Es erscheint zunächst fraglich, ob man Fälle, die den Zustand nicht bejammern, der Depersonalisation zuzählen soll. Die Angaben von Dugas über seinen Fall M., der den Zustand nicht unangenehm empfunden haben soll, sind sehr fragmentarisch (vgl. jedoch unsere Ausführungen auf S. 94). Jedenfalls ist es nicht erklärlich, daß so viele dieser Kranken mehr oder minder ernst gemeinte Selbstmordversuche machen, wenn der Zustand ihnen wirklich vollkommen gleichgültig wäre [2]). Ich gestehe, daß die hier gegebene Darstellung des Gemütszustandes in der Depersonalisation unendlich viel komplizierter ist, als die Darstellung der anderen Autoren. Es ist jedoch ein Einblick in die geistige Struktur der Depersonalisierten nur auf diesem Wege möglich.

Es erscheint als Frage von großer Wichtigkeit, ob die Unechtheit des Gefühles das Rohmaterial der Gefühle abändert. Wir sprachen im vorangehenden davon, daß das Rohmaterial der Gefühle intakt sei. Es muß zugegeben

[1]) Dugas hat in seinem letzten Artikel diesen Standpunkt zum Teil auch wieder aufgegeben (vgl. auch noch S. 94).

[2]) Der Fall Amiels, den Dugas und Moutier so vielfach bei ihren Erörterungen über Depersonalisation herangezogen haben, ist gar kein Depersonalisierter im strengen Sinne; das hat Oesterreich bereits erkannt, wir kommen darauf im nächsten Kapitel noch zurück.

werden, daß der Ausdruck kein ganz korrekter ist. Die folgenden Zeilen stellen den Versuch dar, das Gemeinte zur einwandfreieren Darstellung zu bringen. Auch hier ist zunächst auf phänomenologische Untersuchungen Husserls hinzuweisen. In der Sphäre, die verbleibt, wenn die Welt des Realen mit einer Klammer versehen würde, in dieser Sphäre scheiden sich nach Husserl Noesis und Noema. Unter Noema versteht Husserl das Wahrgenommene als solches, das Erinnerte als solches, das Geurteilte, das Gefühlte als solches. Bei Husserl zielen diese Begriffe nicht auf psychische Realitäten, sondern es handelt sich um Wesensbegriffe in der Sphäre des reinen Denkens, des reinen cogito. Von dem Wahrgenommenen als solchen ist in dem reinen Wesenserlebnis scharf zu scheiden das Wahrnehmen. Dieses Wahrnehmen, dieses Fühlen etc. bezeichnet Husserl als Noese. In der Sphäre der psychischen Realitäten, also auf psychologischem Gebiet ist dieser Unterschied gleichfalls vorhanden. Es ist zu unterscheiden zwischen Fühlen und Gefühl. Das Gefühl schlechthin habe ich im vorangehenden als Rohmaterial des Gefühles bezeichnet. Nun besteht auf psychologischem Gebiete gleichfalls die Tatsache zu Recht, daß Gefühlsrohmaterial und Gefühlsakt, in phänomenologischer Sphäre Gefühlsnoema und Gefühlsnoese, einen, wenn auch nicht strengen Parallelismus untereinander aufweisen. Der einstrahlende Akt durchgeistigt und belebt das Rohmaterial. Das Wahrgenommene als solches ist ein anderes, wenn es das eine Mal in evidenter, das andere Mal in nicht evidenter Noese gefaßt und erlebt wird. Wir haben nun im vorangehenden gezeigt, daß wir die Abänderung der Gefühle bei der Depersonalisation erfassen als eine Abänderung auf dem Gebiete der aktmäßigen Tätigkeit. Wir zeigten, daß es zweierlei Arten des Fühlens gibt, 1. das Fühlen, welches aus einem einheitlichen Gefühlhintergrunde hervorbricht und gleichsam sämtliches aktuell gegebenes Fühlen in sich vereinigt und 2. ein Fühlen, bei welchem diese Vereinheitlichung nicht möglich ist, weil eben ein geklärter Gefühlshintergrund nicht vorhanden ist. Wir unterschieden demnach Grade der Nichtevidenz der Gefühle je nach der Geklärtheit der vorhandenen aktuellen Tendenzen. Es muß nun hervorgehoben werden, daß eben das Rohmaterial des Gefühles gleichfalls das Unechte, das Nichtevidente, in sich aufnimmt. Es ist also die Rede von der Intaktheit des Rohmaterials nicht im strengen Sinne richtig. Es sind eben die psychischen Elemente nicht aufzufassen wie die Bausteine eines Baukastens. Im Fluß und in der Veränderung des psychischen Lebens ändert sich das Element. Eine Auffassung, die deswegen auf Schwierigkeiten stößt, weil sie sich nicht ohne weiteres in das Physiologische übersetzen läßt. Nichtsdestoweniger scheinen mir gerade die Tatsachen, die im vorangehenden besprochen wurden, eine befriedigende Erklärung nur dann zuzulassen, wenn man den Unterschied von Noesis und Noema auch auf psychologischem Gebiete gelten läßt. Im folgenden wird noch gezeigt werden, daß ähnliche Erwägungen auch auf den anderen Teilgebieten des Seelischen angestellt werden können, und wir nehmen an dieser Stelle bereits vorweg, daß ein wahrgenommenes Rot (also nicht die Empfindung!) einmal ein evidentes Rot sein kann und das andere Mal ein nicht evidentes, und daß dieser Unterschied auch, wenn ich so sagen darf, den Stoff des Rots verändert. Diese ganze Problemsphäre wird uns noch wiederholt beschäftigen. Jedenfalls — das hat Köhler kürzlich sehr treffend ausgeführt — ist auch die Annahme, daß der Konstanz der Reize entsprechend eine Konstanz der Empfindungen besteht, eine hypothetische und vorläufige.

Kommt nun einem derartigen psychischen Gebilde im psychischen Geschehen die gleiche Bedeutung zu wie dem evident gefühlten Gefühl? Es muß eine Darstellung dieser Verhältnisse deswegen unvollständig bleiben, weil ja die Gemütsbewegungen auf das engste angeschlossen sind an Wahrnehmungen, Willensakte und Vorstellungen. Wir stehen bei der Depersonalisation einem nicht bloß in einem einzelnen Element veränderten Seelenleben gegenüber. Der Depersonalisierte vollzieht auch im allgemeinen keine evidenten Wahrnehmungen und Gedanken.

Anderntеils muß wieder darauf verwiesen werden, daß einzelne Kranke sich im Leben behaupten. Es verweist das darauf, daß die Nichtevidenz den seelischen Ablauf nicht wesentlich beeinflussen muß. Man kann auch nicht sagen, daß es gerade die leichten Fälle sind, welche sich in ihrer Berufswelt zurechtfinden. Die Fälle Balls, Böttigers, Hirts, mein Fall R. S. klagen außerordentlich lebhaft über ihre Gefühle. Anderntеils muß berücksichtigt werden, daß die Unechtheit des seelischen Lebens und der Gefühle im besonderen keineswegs immer vorhanden ist. Jedenfalls sind im Krankheitsbild die ständigen Schwankungen besonders zu betonen, die schon Krishaber hervorgehoben hat, die aber von denen, die sich mit der Psychologie dieser Zustände beschäftigt haben, zu wenig berücksichtigt worden sind. In der Ablenkung vollziehen diese Individuen Synthesen. Man kann das in jedem einzelnen Falle konstatieren. Am überzeugendsten sind die Beobachtungen Janets. Das Individuum kann sich in eine Tätigkeit versenken, wenn es nicht mit seinem inneren Blicke auf die Tätigkeit gerichtet ist. Das dürfte z. B. bei dem Patienten Böttigers der Fall sein, der angibt, es ginge besser, wenn er viel zu arbeiten habe. Man sieht, wie schwierig es ist, sich auch nur im groben den Tatbestand zu vergegenwärtigen. Wenn die Kranken Janets darüber klagen, ihre Emotionen erreichten nicht ihr natürliches Ende und gelangten nicht bis zum Ziel, so wird man nach dem Gesagten nicht ohne weiteres sagen können, daß es die Unechtheit des Gefühles ist, welche den abnormen Verlauf verursacht.

Ich möchte die Ausführungen über die Gefühle nicht schließen, ohne zu notieren, wie nahe die hier vertretenen Anschauungen den Anschauungen Janets kommen, der als wesentliche Ursache einen Mangel geistiger Synthese angibt. Doch glaube ich, daß Janet bezüglich der Gefühle insofern nicht ganz richtig gesehen hat, als er den Angaben der Patienten, sie seien apathisch, zu viel Glauben geschenkt hat.

Fassen wir das über die Gefühle Ermittelte kurz zusammen.

1. Die Mehrzahl der depersonalisierten Kranken klagt über Mangel oder Abschwächung der Gefühle und Gemütsbewegungen. Daneben kommen auch Klagen über qualitative Abänderungen desselben. In einzelnen Fällen klagen die Patienten nicht über Abschwächung der Gefühle, ja es wird sogar von Übererregbarkeit gesprochen.
2. Die Ausdrucksbewegungen der Gefühle sind in ausgedehntem Maße vorhanden.
3. Es ist anzunehmen, daß die Kranken auch dann Gefühle und Gemütsbewegungen haben, wenn sie dieselben strikte leugnen.
4. Die Kranken erkennen die Gefühle deswegen nicht als ihre eigenen an, weil sie in nicht evidenter Weise vollzogen werden. Diese Nichtevidenz wird in einem neuen Akte wahrgenommen.

5. Die vergebliche Anstrengung, zur Echtheit der Gefühle zu gelangen, wird von den Kranken als quälend empfunden. Es wird der Gesamtzustand unechten Erlebens gefühlsmäßig beantwortet.

Wir bauten unsere Analyse auf die Anschauung auf, daß auch die Gefühle in Akten gegenständlich erfaßt werden. Wir fanden einen Gegensatz zwischen Gefühlen, welche auf Grund eines geklärten Sachverhalts vollzogen werden, echte oder evidente Gefühle, und zwischen Gefühlen, welchen aus anderen Schichten widersprochen wird, nicht evidente oder unechte Gefühle. Über die reale Wirkung unechter Gefühle konnten wir entscheidende Auskünfte nicht erlangen.

Die Wahrnehmungen.

Die Darstellung der Störungen der Wahrnehmung bei der Depersonalisation stößt auf geringere Schwierigkeiten als die der Gefühlstheorie. Hierzu ist noch eine Vorbemerkung notwendig. Im wesentlichen ist es den Patienten stets klar, daß nicht die Dinge ihrer Umgebung verändert sind, sondern, daß die Art, wie sie die Gegenstände wahrnehmen, eine Störung erlitten hat. Sie sind auch nicht darüber im Zweifel, daß es nicht an den Empfindungsinhalten liegt, daß sie die Dinge anders wahrnehmen, sondern an der Art, wie sie selbst die Dinge erfassen. Schon daraus geht hervor, daß der Sinnesinhalt dem Individuum in irgendeiner Form gegeben sein muß. Das soll im folgenden noch näher ausgeführt werden.

Ausführlicher seien zunächst die Angaben der Kranken über Störungen der optischen Wahrnehmung wiedergegeben. Schon deshalb, weil wir gerade an diesem Beispiel im folgenden den Versuch unternehmen werden, ein hirnphysiologisches Verständnis der Depersonalisation anzubahnen. Schon die Kranken Krishabers klagen über Nebel vor den Augen, andere sprechen von einem Schleier, oder, wie ein Kranker Oesterreichs, von einer Haut, die über sie gezogen sei. Oder aber sie sprechen von einer Mauer, die zwischen ihnen und den Gegenständen errichtet sei. Prau spricht von einem fremdartigen gespenstigen Eindruck der Dinge. Zahlreiche ähnliche Angaben machen die Depersonalisierten Janets. Es ist so, wie wenn die Dinge zum ersten Mal gesehen würden. Die Kranken Löwenfelds finden die Straßen sonderbar verändert, andere Kranke, wie z. B. der von Hirt sehen alles nur wie eine Vision, die Kranke von Deny und Camus spricht von Phantomen. Aber die Kranken sagen präzise, es ist wie eine Vision oder es ist wie ein Phantom. Meist drückt sich in den Angaben der Kranken das Wissen, daß die Gegenstände unverändert sind, noch deutlicher aus. Gottfried gibt an, die Dinge machten deshalb keinen Eindruck, weil Ideenverbindung und Gemüt fehle. Ti. klagt, daß die Alpenpflanzen keinen Eindruck auf ihn machten. Am schönsten ist die Angabe des Kranken von Hirt, der sagt, „obwohl ich sehe, ist es als ob ich blind wäre“, und die eines Kranken Krishabers, „es war wie eine dunkle Atmosphäre um mich her, trotzdem sah ich sehr gut, daß heller Tag war . . . es war wie ein schlechter Leiter, der mich von der Außenwelt abschloß.“ Von hier zu den Angaben der Kranken Försters, sie sehe überhaupt nichts mehr, ist nur ein Schritt. Die wesentliche Differenz liegt wohl nicht im ursprünglichen seelischen Erlebnis, sondern in der Beurteilung des Zustandes. Auch die Kranke Försters sieht eben doch. Nach allem erscheint es nicht auffallend, daß die objektive

Untersuchung bei diesen Kranken im wesentlichen negativ ausfällt. Gesichtsfeld und Sehschärfe erweisen sich als intakt (Janet, Bernard-Leroy, Förster, Pick, Löwy, Deny und Camus, Försterling, eigene Fälle und andere).

Besonders merkwürdig ist, daß in mehreren Fällen verzeichnet wird, die Gegenstände würden flach gesehen (Krishaber, Janet). Böttigers zweiter Fall gibt an, daß in den Zeiten, wo es ihm besser geht, es so sei, als wenn er alles, was er sonst wie im Bilde gesehen habe, nun durch ein Stereoskop betrachte. Hier scheint ein hübscher Beweis jener Theorien des Tiefensehens gegeben, welche „Aufmerksamkeitseinflüssen" eine beträchtliche Rolle zuweisen (Jänsch). In mehreren Fällen wird angegeben, daß die Kranken die Gegenstände kleiner sahen (Krishaber, Janet, Heilbronner). Eine Angabe, die um so interessanter ist, als auch für die Vorstellungen gelegentlich ähnliche Angaben gemacht werden (Heilbronner, Pick). Die Patienten Krishabers und Janets klagen über Doppelsehen. Hier macht die Angabe Janets stutzig, daß eine seiner Patientinnen bei der exakten Prüfung zugeben mußte, einfach zu sehen. Es ist hier zu erinnern, daß Bernard-Leroy gezeigt hat, daß auch bei der Fausse reconnaissance die Gegenstände entfernter und kleiner erscheinen. Eine Erklärung dieser eigenartigen Tatsachen müßte, wie vorweg genommen sei, daran anschließen, daß Raumwahrnehmung und Größenschätzung Aufmerksamkeitseinflüssen unterworfen sind. Leider sind die bisherigen Beobachtungen dieser interessanten Phänomene nicht so ausführlich mitgeteilt, daß man mit Sicherheit schließen könnte, die Patienten hätten die Gegenstände wirklich flach und klein gesehen. Ein definitives Urteil ist demnach derzeit noch nicht möglich. Berücksichtigt man die Angabe des einen Patienten von Hesnard, daß ihm Gegenstände unendlich weit entfernt scheinen, trotzdem er ihre wirkliche Distanz genau erkenne, so wird man sehr zur Vorsicht gemahnt. Andernteils ist aber auch hier die Erklärung möglich, daß die Einstellung vom Wahrnehmungsakte weg die richtige Auffassung ermöglicht. Wir verweisen wieder auf die häufigen Schwankungen des Zustandes.

Es ist bemerkenswert, daß bei einem Teil der Patienten die Wahrnehmung des Optischen quantitativ gesteigert erscheint. So sieht der Patient von Dugas jedes Detail, wenn er einen Wald sieht, und meine Patientin Johanna gibt an, bisweilen mit außerordentlicher Klarheit zu sehen. Beide Angaben wird man nicht beziehen dürfen auf eine Abänderung der Empfindungsinhalte, sondern auf eine besondere Erfassung derselben. Insbesondere in dem Falle von Dugas kommen noch eine Reihe von komplizierten Fragen hinzu, welche nicht ohne weiteres beantwortet werden können. Immerhin glaube ich, daß in beiden Fällen eine abnorme Klarheit des Sehens zustande gekommen ist.

Etwas kürzer kann ich mich über die Erscheinungen auf anderen Sinnesgebieten fassen, da die Angaben im Prinzip denen entsprechen, welche über den Gesichtssinn gemacht werden. Wir schicken voraus: „Objektive" Störungen finden sich auf keinem Sinnesgebiete.

Gottfried gibt an, nicht „seelisch" zu hören, wiewohl er zugeben muß, die Worte zu verstehen. Die Patientin Johanna gibt an, bei der Musik nichts zu empfinden. Eine andere Patientin ist es nicht selbst, die hört. Ein Kranker Hirts sagt, was ich höre, ist wie eine Täuschung. Eine Patientin Böttigers hört die Stimme der mit ihr Sprechenden wie aus weiter Ferne und dumpf.

Auch das Ohrenklingen, das sie bekommt, ist nicht hell wie früher, sondern tief und dumpf. Eine andere Patientin des gleichen Autors erschrickt nicht mehr, wenn etwas zur Erde fällt. Wieder einem anderen Patienten sind die Stimmen der anderen undeutlich, dumpf und taub. Eine Kranke Juliusburgers: Sie höre sprechen und höre doch nichts. Sämtliche Kranken, die darüber Angaben gemacht haben, berichten davon, daß ihre eigene Stimme in sonderbarer Weise anders geworden sei. Gelegentlich kommen auch auf akustischem Gebiet Angaben über Überempfindlichkeit vor. Ein Kranker Krishabers glaubt den Lärm der Stadt nicht ertragen zu können. Johanna gibt an, sie müsse ihre Mutter bitten, nicht so zu schreien. Auch ein Kranker von Dugas hört das Gesprochene während der Krankheit lauter als sonst.

Auch auf dem Gebiet des Tastsinns ist ähnliches zu verzeichnen. Dem Kranken von Hirt ist es, wenn er eine Holzplatte betastet, als wenn er nicht wirklich fühlte. Die Kranke von d'Allonnes spürt keine innere Reaktion auf Temperaturreize. Ähnliches bei dem Fall 2 Böttigers. Schmerzreize wirken nicht mehr auf das Individuum. Es ist sehr fraglich, ob die Meinung berechtigt ist, daß in dem Falle von d'Allonnes wirklich eine Anästhesie gegen Schmerzreize besteht, wie der Autor annimmt, vielmehr ist es durchaus wahrscheinlich, daß die „Analgesien" ebenso zu werten sind, wie die Blindheit der Patienten.

Sehr ähnlich sind wiederum die Klagen über Änderungen der Geruchs- und Geschmacksempfindungen. So z. B. die Angaben Gottfrieds. Dieser ißt auch ohne weiteres eine außerordentlich stark versalzene Suppe. Der Fall 3 Böttigers klagt darüber, daß sie selbstgekochte Speisen nicht kontrollieren kann. Sie schmeckt dieselben schwach und fade.

All das verdichtet sich bei den Patienten zu der Angabe, sie lebten wie im Traum, die in fast allen Krankengeschichten wiederkehrt (Janet, Pick, Böttiger etc.). Die ganze Umgebung ist angstvoll, alles ist merkwürdig, unnatürlich, unbegreiflich. Die Dinge sind so, wie wenn man sie lange Zeit nicht gesehen hätte. Sie klagen, sie fänden sich nicht zurecht, so z. B. Johanna. Gottfried sagt: „Ganz nebelhaft weiß ich, wo ich bin." Bei Taine-Krishaber heißt es, es sei, wie wenn ein Schleier über den Gegenständen läge. Ähnliche Klagen bei Janet. Die Dinge rücken in die Ferne. Die Welt erscheint als ungeheure Halluzination. Eine Patientin Janets sieht den Triumphbogen und meint, es sei eine Kopie des eigentlichen irdischen, die auf irgendeinem Planeten gemacht worden sei. Ähnliche Angaben, zum Teil unter den gleichen Redewendungen macht ein Patient Krishabers. Diese Fremdheits- und Neuheitsgefühle treten in gleicher Weise bei bekannten Dingen auf. Bei einzelnen Patienten steigert sie sich, bei neuen, bei anderen bei den altgewohnten Eindrücken.

Schon bei den mitgeteilten Äußerungen ist auffallend, daß die Störungen ausgesprochener werden, je mehr die betreffenden Wahrnehmungen zum eigenen Körper gerechnet werden. Sie sehen alle ihr Gesicht im Spiegel verändert, starr und verzerrt. Ihre eigene Stimme hören sie verändert und sonderbar, sie erschaudern bei dem Klang derselben. Sie sind es nicht selbst, die sprechen. Gottfried erscheinen seine Bewegungen abgehackt, der Körper sei wie tot, er hat das Gefühl, daß in einem leeren Kopfe ein Dynamo sauste. Der Körper erscheint den Kranken zu leicht. Es ist ihnen, als ob sie fliegen könnten. Eine Kranke Löwys sagt wieder: „Ich fühlte ihn (den Körper) nicht für mich, sondern für ihn selbst." Das Gehirn ist den Kranken wie tot. Es ist nicht

nötig, einzelne Angaben zu machen, denn die Angaben der Kranken der verschiedensten Länder, Stände und Altersklassen decken sich vollkommen. Die Kranken suchen im Bett ihre Glieder (Förster, Deny und Camus, Bernard-Leroy). Ein Kranker Picks klagt, seine Augen seien wie zwei Löcher, durch die er schaue. Es muß erwähnt werden, daß die objektive Prüfung der Tiefensensibilität stets normale Resultate gibt, bei keinem einzigen der Kranken finden sich Störungen der Lageempfindung, bei keinem findet sich Ataxie.

In die gleiche Gruppe von Störungen gehört, daß die Kranken angeben, Harn- und Stuhldrang nicht mehr zu empfinden. Dabei sind sie jedoch kontinent und es finden sich keine objektiven Zeichen der Störung dieser Organe. Wenn d'Allonnes diese für erwiesen hält, so muß seine Angabe als irrtümlich erklärt werden. Durch kalte Einläufe kann die Sensibilität der inneren Organe nicht geprüft werden. Vielmehr spricht das Fehlen der sicheren objektiven Zeichen der Störung, der Blasen- und Mastdarmstörung entschieden dafür, daß auch hier das Rohmaterial nicht angetastet ist. Es sei hervorgehoben, daß unser Patient R. S. über Störungen auf dem Gebiete der Körpersensibilität überhaupt nicht klagt (wiewohl er eigens hiernach gefragt wurde).

Den höchsten Grad der Störung erreichen die Kranken, wenn sie angeben, sie fühlten sich wie tot, wie leblos, seien nur Schatten. Allerdings spielt gerade bei diesen Klagen sehr wesentlich die Störung des Denkens und Fühlens mit. Wir kommen auf diesen Punkt noch im folgenden zurück.

Der Tatbestand ist also im wesentlichen der, daß die Kranken auf sämtlichen Sinnesgebieten schwerwiegende Klagen äußern und daß gleichwohl mit unseren heutigen Methoden eine objektive Störung nicht nachweisbar ist. Ebenso klagen die Kranken über sämtliche Wahrnehmungen, die aus ihren eigenen Körper stammen, ohne daß sich objektiv eine Störung des Empfindungsmateriales nachweisen ließe. Während jedoch die Kranken die Außenwelt nur als seltsam, fremdartig bezeichnen, finden sie sich selbst in viel weit gehenderem Maße verändert und es wird die Existenz der Körperwahrnehmungen geleugnet. Nur ein Gebiet zeigt häufig, wie wir seit Krishaber wissen, objektive Störungen: Die räumliche Orientierung. Wir kommen darauf zurück.

Wir legen uns zunächst die Frage vor, weshalb die Kranken die Außenwelt fremdartig und verändert wahrnehmen, wenn das Rohmaterial der Empfindungen keine faßbare Störung erlitten hat. Bevor ich mich dieser Frage zuwende, sei kurz eine Selbstbeobachtung mitgeteilt. Es handelt sich um die Auffassung musikalischer Eindrücke.

Mittags kleiner Ärger. Stimmung im allgemeinen gedrückt. Schwüler Tag. Müdigkeit. Nachmittags intensive Arbeit. Ich komme abgehetzt in das heiße Theater. Hatte schon vorher keine rechte Lust dazu. Ärgere mich ein wenig, daß ich meine Schlüssel vergessen habe. Es glückt mir nun nicht, die Musik richtig zu erfassen. Ich sitze da und höre mit voller sinnlicher Deutlichkeit, was gespielt wird (es handelt sich um die mir sehr gut bekannten Meistersinger). Höre die Melodie und kann gar nichts richtiges damit machen, trotzdem ich genau weiß, daß es sehr schön ist. Ich kann innerlich nicht mitgehen. Die „Aufmerksamkeit" gleitet ab; ich denke wider Willen an das Abendessen, zwinge mich dann wieder zum Zuhören, das gleiche Spiel. Es setzt nun Analyse des Zustandes ein, das Ganze ist unangenehm und peinlich. Die Ouvertüre scheint sehr lange zu dauern. Als sie fertig ist, frage ich mich,

was ich gehört habe. Ich habe keine detaillierte Erinnerung an die jetzige Meistersingerouvertüre. Es ist wesentlich: Die Unfähigkeit, in der Sache zu leben und mitzugehen. Ich sehe und höre alles ganz deutlich, aber es ist nichts. Ich kann meine Aufmerksamkeit zuwenden, aber ich muß sie zuwenden, sie ist nicht dahin gerichtet.

Die elementaren Gefühle sind in diesem Zustand nicht verschwunden. Sogar die Musik selbst war mit Gefühlen verbunden, nur war ich auch in diesen nicht voll darin. Ich kenne übrigens diese zeitweise Unfähigkeit, Musik zu erleben, schon seit langem bei mir.

Vergegenwärtigen wir uns den Tatbestand, so liegt vor: Eine mangelhafte Versenkung des Individuums in den Gegenstand. Er entgleitet ständig dem geistigen Griff. Die Anstrengung, ihn immer wieder zu fassen, wirkt quälend und gerade diese Insuffizienz bewirkt, daß die Aufmerksamkeit vom Gegenstande weg auf das Erleben selbst hinwandert. Es ist nicht möglich, eine eindeutige Folge zu konstruieren. Man kann nicht ohne weiteres sagen, die Mangelhaftigkeit des Erfassens ist primär, die Selbstbeobachtung sekundär oder umgekehrt. Psychisch verständlich ist sowohl das eine als auch das andere. Jedenfalls sind derartige Erlebnisse lehrreich. Sie zeigen, daß das Individuum den wahrnehmenden Akt in voller Einheitlichkeit von innen heraus vollziehen muß. Sicher ist beim Erfassen eines komplizierten Musikstückes eine weit größere Fülle von Einzelmomenten im Erlebnis vereinheitlicht als beim Hören eines einzelnen Tones oder beim Sehen eines Gegenstandes. Aber im Grunde ist meines Erachtens das Anhören der Meistersinger-Ouvertüre ein Erlebnis, das gleichzusetzen ist der Wahrnehmung eines Baumes oder irgendeines Gegenstandes. In allen diesen Fällen kommt eine nicht evidente unechte Wahrnehmung zustande, wenn die Tendenz, sich dem Gegenstande zuzuwenden, einen Widerspruch erfährt durch irgendeine anders gerichtete Tendenz.

Dies scheint mir tatsächlich der psychische Tatbestand bei der Depersonalisation zu sein. Auch bei dieser die Mangelhaftigkeit der Wahrnehmung, die nach Vervollständigung drängt. Auch bei dieser die Selbstbeobachtung. Man muß nun wieder sagen, auch für die Depersonalisation kann nicht eine eindeutige Folge der einzelnen Erlebnisse konstruiert werden.

Wir haben immer von Widersprochenheit der Wahrnehmungstendenz gesprochen. Wir haben zu fragen, was widerspricht denn eigentlich. Ein Widerspruch ist jedenfalls gegeben in der Tendenz zur Beobachtung des Wahrnehmungsaktes. Freilich ist auch denkbar, daß der Widerspruch ursprünglich anders repräsentiert war, z. B. in meinem Falle durch die Gedanken an einige banale Alltagserlebnisse. Man muß diese beiden Möglichkeiten sich stets vor Augen halten. Die Selbstbeobachtung, die hinzutritt, verstärkt aber zweifellos die Unechtheit des Erlebens. Wir werden bei der genetisch-psychologischen Erklärung auf diese Dinge noch zurückkommen müssen. Jedenfalls ist es dem nacherlebenden Verständnis leichter faßbar, daß nicht irgendwie plötzlich Selbstbeobachtung einsetzt, sondern, daß irgendein tieferer Affekt die Zuwendung aus voller Persönlichkeit hindert und sekundär erst Selbstbeobachtung hervorruft, die ihrerseits einen neuen Widerspruch gegen die Versenkung in die Dingwelt darstellt.

Zwei Punkte möchte ich noch besonders hervorheben. Es ist durchaus Ich, der die Musik hörte und nicht etwa irgendein Unpersönliches. Ich bin es

nur nicht ganz. (Es ist auch etwas anderes als die automatische Handlung des Alltagslebens.)

Man kann auch nicht sagen, daß die Persönlichkeit in dem Sinne, wie wir sie oben charakterisiert haben, in diesem Erleben nicht darin sei, sie ist da, aber wieder nicht vollständig. Wenn also Dugas und Moutier davon sprechen, es fehle der Persönlichkeitskoeffizient, so kann ich das auch nicht für richtig halten.

Man kann auch den Zustand nicht mit Unaufmerksamkeit schlechthin bezeichnen. Ich wende mich ja dem Gegenstand ständig zu und setze fortwährend determinierende Tendenzen im Sinne des Erfassens. Ja, es gelingt auch immer wieder, Stücke des Gegenstandes in den geistigen Griff, in das Aufmerksamkeitsfeld zu bekommen. Nur bleibt der Gegenstand nicht im geistigen Griffe, weil der Griff ein unechter ist und die Anstrengung des Fassens muß erneuert werden. Also die Willensanstrengung zur Aufmerksamkeit ist geradezu eine gesteigerte und andernteils ist diese immer wieder von teilweisen Erfolgen begleitet. Und nun können wir sagen, der Tatbestand ist ein vollständig anderer als bei der hysterischen Anästhesie. Bei dieser werden tatsächlich gewisse Erlebnisse nicht beachtet oder es wird von dem Beachteten der Blick abgewendet. Hier jedoch richtet sich der Wille starr auf die Wahrnehmung des Objektes.

Wir können jetzt eine synthetische Darstellung der Störung der Wahrnehmung bei der Depersonalisation geben. Trotz der Willensanstrengung ist die Wahrnehmung eine unbefriedigende und dieses Unbefriedigende fesselt die Zuwendung und verhindert ein weiteres Fortschreiten der Wahrnehmung. Es ist zweierlei nachweisbar: Die Unvollständigkeit des Erlebens und die ständige Richtung des inneren Blicks auf diese Unvollkommenheit. Gelingt durch Überrumpelung eine Durchbrechung dieses Circulus vitiosus, so nehmen die Patienten sehr gut wahr und leben in Wahrnehmungsobjekten, die sie nicht erfassen können, wenn sie sich direkt auf das Erlebnis richten. Denn diese direkte Richtung auf das Erleben erzeugt bei ihnen sofort eine Einstellung vom Objekt weg auf die Tätigkeit und diese Einstellung stellt eine Tendenz dar, welche der Wahrnehmung widerspricht. Man versteht derartig unvollständigen quälenden Erlebnissen gegenüber, daß die Kranken sagen, sie hätten überhaupt nichts wahrgenommen. Bildlich könnte ich auch sagen, es sei als ob ich die Meistersinger-Ouvertüre nicht gehört hätte, und wenn ich ein Musikstück, das ich nicht kenne, in ähnlicher Verfassung höre, so kann ich nicht behaupten, dasselbe kennen gelernt zu haben.

Nun kommt ein neues hinzu: Wir haben ausgeführt, daß mit der Änderung des beseelenden Aktes eine Änderung im Noema, also in diesem Falle des Wahrgenommenen als solchen einhergeht. Aber ebenso, wie ich dann, wenn ich einen Gegenstand aus dem Hintergrunde in den geistigen Griff bekomme, sehr wohl weiß, daß dieser Gegenstand der gleiche ist, wie der, der früher außerhalb meines Griffes war, wiewohl er jetzt klarer und distinkter erscheint (wenn er aufmerksam gesehen wird), so weiß der Depersonalisierte von der Identität des Wahrgenommenen. Gleichwohl ist ihm das Wahrgenommene als solches verändert, weil sein Erfassen ein anderes, ein unechtes wurde. An seiner früheren Wahrnehmung gemessen wird also der Gegenstand jetzt anders erscheinen trotz des Wissens um die Identität der Gegenstände. Der Kranke wird die Gegenstände als fremd oder neu bezeichnen oder besser er wird sagen, die Dinge sind,

als ob sie fremd oder neu seien. Und dieses Erleben wird sich ihm immer wiederholen, da er die Unvollkommenheit der Wahrnehmung immer von neuem als Qual empfindet und in zwangsmäßiger Sebstbeobachtung an seinem früheren Erleben mißt. Hierzu kommen die beträchtlichen Schwankungen, die zum Wesen der Depersonalisation gehören (kein Depersonalisierter vollzieht ausschließlich unechte Akte). Es ist zu fordern, daß bei der Rückkehr zu normalem Erfassen neuerdings Fremdheitserlebnisse auftreten. Hier finden sich Belege in einem Falle Böttigers. Nicht so ausgesprochen bei unserem Patienten R. S.

Selbstverständlich steht das Aktgeschehen der Wahrnehmung im seelischen Leben nicht isoliert. Es knüpfen sich durchaus andere Gefühlsreaktionen an unvollständige und widersprochene Wahrnehmungsakte als an vollständige und unwidersprochene. Bedeutet doch der unvollständige Wahrnehmungsakt ein stetiges Mißlingen.

Auch der Ablauf der Assoziationen, des Denkens wird durch derartige Erlebnismodifikationen mit ihrer ständigen abnormen Einstellung auf das eigene Erleben auf das Schwerste beeinträchtigt werden. Das alles sind deskriptiv nachweisbare Dinge.

Man muß sich gegenwärtig halten, daß jedoch diese abnormen Einstellungsvorgänge in verschiedener Richtung tätig sein können. In einzelnen Fällen wird von abnormen lebhaften Wahrnehmungen berichtet. Hier wird man sagen müsse, die Aufmerksamkeit wird von dem Gegenstande gefesselt. Man sieht sofort, daß auch diese Fesselung der Aufmerksamkeit gegen die Tendenz des Individuums sich durchsetzen kann.

Der Depersonalisierte nimmt also die Gegenstände wahr, er erkennt sie und erkennt sie auch wieder, aber Wahrnehmung, Erkennen und Wiedererkennen befriedigen ihn nicht. Die Aufmerksamkeitsphänomene sind hiervon bis zu einem gewissen Grade unabhängig. Der häufigere Fall ist, daß die Aufmerksamkeit nicht an dem Gegenstand haftet, der seltenere, daß sie von ihm gefesselt wird. Auch die aufmerksame Erfassung ist aber eine unbefriedigende. Das Gesagte läßt sich ohne weiteres auf die Wahrnehmung des eigenen Körpers ausdehnen.

Ich habe oben bereits ausgeführt, daß eine objektive Störung im Gebiete der Gemeinempfindungen nicht nachweisbar ist. Im Gegenteil, es sprechen alle Kriterien, die uns zur Verfügung stehen, für das Erhaltenbleiben der Empfindungen im engeren Sinne. Ich kann auf das hindeuten, was ich für das Erhaltenbleiben der Empfindungen als beweisend ansah. Auch hier muß berücksichtigt werden, daß dort, wo eine wirklich objektive Kontrolle möglich ist, bei den Sinnesempfindungen, sich die Angaben der Kranken nicht im wörtlichen Sinne als richtig erweisen. Ich halte also die Annahme von Revault d'Allonnes für unrichtig. Ich betone das um so schärfer, weil die psychologische Literatur die Angaben Revault d'Allonnes bereits vielfach übernommen hat (insbesondere Meumann und Becher). Unsere positive Deutung bewegt sich in gleicher Richtung wie die Deutung der Klagen über die Abänderungen der Sinnesempfindungen. Es ist kein Anlaß vorhanden, die Beweisführung zu wiederholen.

Nun eine kurze Kritik der Anschauungen anderer Autoren. Diejenigen Theorien, welche die Entfremdung der Wahrnehmungswelt auf ein Fehlen oder eine Herabsetzung der Gefühle (Oesterreich und Hirt u. a.) und auf das

Fehlen oder die Herabsetzung der Gemeinempfindungen beziehen wollen (Revault d'Allonnes, Ribot), erledigen sich nach den bisherigen Ausführungen von selbst. Ich kann eben weder das Fehlen der Gefühle, noch das Fehlen der Gemeinempfindungen anerkennen. Eine Herabsetzung der Gefühle und Gemeinempfindungen ist gleichfalls nicht nachgewiesen. Freilich haben wir eine Änderung des Gefühlslebens konstatiert und ich glaube auch, daß diese in dem Gesamteindruck „alles sei fremd" eine gewisse Rolle spielen wird. Entscheidend ist sie nicht.

Förster, Juliusburger und auch Heilbronner sprechen von einer mangelhaften Beachtung der Organgefühle (jedenfalls von einer Affektion der Somatopsyche im Sinne Wernickes). Diese Theorie ist meiner Ansicht nach nicht durch deskriptive Ergebnisse hinreichend gestützt. Ähnlich ist die myopsychische Theorie (Storch) zu bewerten.

Bergson hat an eine Störung der sensorisch-motorischen Beziehungen im Organismus gedacht, welche durch eine Art psychischen Schwindels die Beziehung der zentralen seelischen Faktoren zur Wirklichkeit schädigte. Es ist das eine Anschauung, die unserer insofern verwandt ist, als auch wir die Beziehungen des zentralen Ichs zur Außenwelt als verändert annehmen. Doch glaube ich nicht, daß im Erlebnis sich auch nur irgendwie eine Lockerung der sensorisch-motorischen Mechanismen nachweisen läßt.

Löwy spricht von einem Fehlen des Wahrnehmungsgefühles. Wie ich schon im vorangehenden ausführte, kann ich spezifische Aktgefühle nicht konstatieren. Hiermit fällt auch die Annahme Löwys. Sie enthält einen richtigen Grundgedanken, auf den ich noch zurückkomme.

Ein Fehlen des Bekanntheitsgefühles kann, wie schon Oesterreich gegen Pick [1]), Bernard-Leroy erwähnt, nicht angenommen werden, weil ja die Patienten die Gegenstände tatsächlich wiedererkennen. Niemals sagen sie, die Gegenstände sind fremd, sondern es heißt immer nur, es sei, als ob die Gegenstände fremd seien. Es würde das Bekanntheitsgefühl, wenn man die Annahmen jener Autoren akzeptiert, zu einem belanglosen Epiphänomen werden, was wohl den Anschauungen jener Autoren nicht entsprechen würde. Es verzichtet diese Erklärung auch auf ein tieferes Eindringen, da sie ein Gefühl setzt, ohne zu erklären, wie es zustande kommt. Es muß überhaupt die Frage aufgeworfen werden, wie weit es berechtigt ist, in Gefühlen so komplizierte logische Wissensinhalte zu geben, wie das in diesen Theorien geschieht. Wenn ich von einem Gefühl des Wiedererkennens spreche, so sagt das, daß dieses Gefühl das Wissen, schon einmal gesehen zu haben, in sich irgendwie enthält. Nun gibt es Grade der Gewißheit und Klarheit des Wiedererkennens, auch das müßte in dem Gefühle enthalten sein. Noch komplizierter wird die Sachlage, wenn wie bei unseren Patienten, ein Fremdheitsgefühl auftritt trotz des Wissens, daß der Gegenstand bekannt ist. Bleibt das Bekanntheitsgefühl aus, so muß gefragt werden, weshalb trotzdem gewußt wird, daß der Gegenstand bekannt ist. Ich glaube, daß die Gefühle der Bekanntheit höchstens einen Wegweiser für spätere logische Operationen darstellen. Sie machen gleichsam aufmerksam. Die Sachlage wird dadurch so kompliziert, daß, wie wir seit den Untersuchungen Messers wissen, Gedanken gleichsam als Keime vorhanden sein können. Eine weitere

[1]) Pick hat daneben allerdings auch andere Gesichtspunkte hervorgehoben.

Schwierigkeit bereitet die Abgrenzung von den Gestaltqualitäten. Wir sind des Eingehens auf diese schwierigen Fragen enthoben, weil bei der Depersonalisation weder ein Fehlen des Bekanntheitsgefühles, noch das Auftreten eines Fremdheitsgefühles wirklich beobachtet ist. Sie sind theoretisch postuliert.

Ein schwächeres Sichandrängen von Assoziation (Heymans) kann man allerdings bei Depersonalisierten beobachten. Es gehört aber nicht zum Wesen der Sache. Vor allem müßte, — falls hier wirklich etwas für die Erkrankung Wesentliches vorliegt — erwartet werden, daß die Gegenstände nicht nur fremdartig scheinen, sondern auch fremd sind [1]).

Auf die Anschauungen von Dugas und Moutier brauche ich nicht mehr eingehender zurückzukommen. Ich kann nicht finden, daß den Erlebnissen der Depersonalisierten der Persönlichkeitskoeffizient fehlt.

Janet spricht von einem Nachlaß der geistigen Synthese, von einem Nachlaß der geistigen Spannung (ähnlich auch Hesnard). Gerade zu diesem Resultate sind wir auf Grund unserer Erwägungen gelangt. Janet spricht zwar auch von Gefühlen der Unvollständigkeit (sentiments d'incomplétude) und zählt hierzu das Gefühl der Unvollständigkeit der Sinneswahrnehmungen und die Fremdheitsgefühle. Aber er ist sich der komplizierten Grundlage dieser Gefühle sehr wohl bewußt und begnügt sich nicht, dort einfach ein Gefühl zu setzen, wo sich Schwierigkeiten der Deutung ergeben. Janet scheint bereits den Ausdruck: Gefühl hier nur als Verlegenheitsausdruck aufzufassen. Wir haben hier versucht, diese Analysen zu vertiefen und zu präzisieren.

Es erübrigt noch kurz auf jene Theorien zu sprechen zu kommen, welche von einer Veränderung der Wahrnehmung sprechen. Es ist im vorangehenden ausführlich gezeigt worden, daß das Rohmaterial der Empfindungen unverändert erhalten ist. Freilich ist nach unseren Begriffen die Wahrnehmung der Dinge doch gestört, und es ergibt sich hier für uns doch eine gewisse Berührung zu den sensualistischen Theorien von Taine, Krishaber, Ribot [2]) und Störring. Insbesondere ergeben sich Berührungspunkte zu der Anschauung von Störring, der von einer veränderten Wahrnehmungsfähigkeit spricht. Ich komme auf diese Dinge zurück, wenn ich über die Hirnphysiologie der Depersonalisation spreche.

Fasse ich die Ergebnisse dieser Ausführungen zusammen, so läßt sich sagen:

1. In der Mehrzahl der Fälle von Depersonalisation wird über Veränderung der Wahrnehmung auf allen Sinnesgebieten geklagt. Meist werden die Eindrücke als fremdartig und neu bezeichnet, wobei den Kranken bewußt bleibt, daß die Veränderungen in ihnen selbst ihren Ursprung haben. In den ausgesprochensten Fällen geben die Patienten an, nicht wahrnehmen zu können. In vereinzelten Fällen wird über zu große Deutlichkeit der Sinneseindrücke geklagt.
2. Im allgemeinen sind die Klagen der Patienten über Veränderungen der Gemeinempfindungen besonders lebhaft.

---

[1]) Die Angaben von Lipps, die Oesterreich anführt, beziehen sich nicht direkt auf die Depersonalisation.

[2]) Ältere Auffassung, s. o.

3. Die objektive Untersuchung läßt erkennen, daß das Empfindungsmaterial im engen Sinne keine Störung erlitten hat. Auch dafür, daß die Gemeinempfindungen gestört sind, ergeben sich keine Anhaltspunkte.
4. Die Abänderung der Wahrnehmung kommt dadurch zustande, daß die Patienten die Fähigkeit verloren haben, sich den Eindrücken voll hinzugeben oder besser die Eindrücke ungeteilt zu erfassen.
5. Es ist wahrscheinlich, daß die geänderte Gesamtverfassung des Individuums Teilursache des Eindrucks der Fremdheit und Neuheit der Gegenstände ist.
6. Auch die Unmöglichkeit, evidente Wahrnehmungen zu vollziehen, wird als quälend empfunden.

Für die Lehre von der Wahrnehmung ergibt sich als wesentliches Resultat, daß es notwendig ist, in einer Wahrnehmung voll und ganz darin zu sein, damit sie als echt empfunden wird. Aber auch die unechten Wahrnehmungen gehen vom Ich aus und sind ichhafter Natur, sie sind nicht unpersönlich, sondern die Persönlichkeit ist nur zum Teil in ihnen.

Anhang.

Eine Reihe von Erscheinungen hat in unserer Darstellung noch keine genügende Berücksichtigung gefunden. Zunächst die körperlichen Sensationen, die fast bei allen unseren Patienten anzutreffen sind. Krishaber hat bereits auf die Sensationen hingewiesen, über welche die Patienten klagen; es sind Ohrensausen, Gefühl des Würgens, Blasenspringen im Kopfe, Erscheinungen von seiten des Herzens (übrigens auch schon Billod).

Man kann, wenn man die Kasuistik durchsieht, alle möglichen Sensationen antreffen, sehr viele beziehen sich auf das Gehirn. Hesnard hat eine Fülle derartiger Bemerkungen zusammengestellt. Das theoretische Interesse, das diese Erscheinungen bieten, ist nicht so groß, daß ich Details anführte. Eine Erklärung ist unmöglich, man käme über haltlose Vermutungen nicht hinaus. Jedenfalls ergeben sich Übergänge zur Coenésthopathie. In dem Falle Billods ist sogar wegen eines Schmerzes in der Scheitelgegend die Trepanation durchgeführt worden.

Bei einer Reihe von Patienten wird auch über Pseudohalluzinationen und Halluzinationen berichtet, man lese die Krankengeschichte unserer Patientin Johanna daraufhin durch. Es sind wohl vorwiegend pseudohalluzinatorische Erlebnisse, über die sie berichtet, so z. B. wenn sie erzählt, daß sie nach einem Gespräch mit dem Referenten diesen später vor sich stehen sah. In dem Falle von Löwy wird über Halluzinationen berichtet, eine größere Bedeutung im Krankheitsbilde kommt diesen Erscheinungen wohl nicht zu, in der Mehrzahl der Fälle ist nichts davon berichtet. Ein Fall von Seglas ist deswegen bemerkenswert, weil die entsprechenden Erlebnisse sich zwanglos als Übertreibungen der hypnagogen Halluzinationen des Normalen darstellen.

Größere Bedeutung haben die Störungen des Schlafes; mein Patient Gottfried behauptet, er könne nicht schlafen. Eine Angabe, welche durch die Beobachtung nicht bestätigt wird. Eine Erklärung liegt wohl darin, daß er angibt, das Gefühl der Erquickung und des Schlafes fehle, in den übrigen Fällen habe ich nichts Entsprechendes gefunden. Janet hat die Schlafstörungen der

Psychasthenischen eingehend beschrieben, auch eine seiner Patientinnen hat morgens den Eindruck, nicht geschlafen zu haben. Hesnard hat in Anlehnung an Regis und Damelon eine Reihe von hierher gehörigen Angaben gemacht. Regis hat bereits darauf verwiesen, daß sich die Depersonalisation in den Schlaf hinein fortsetzen kann, eine seiner Patientinnen schläft nur mit dem Hinterkopf, nicht mit dem Vorderkopf. Der Körper ruht aus, nicht die Gedanken. Ähnliches berichtet Oesterreich. Auch ein Fall von Hesnard selbst ist zum Vergleich heranzuziehen. Krishaber verzeichnet bei seinem Patienten Cauchemar (auch Löwy).

Auch hier glaube ich auf eine eingehende Analyse verzichten zu können; bezüglich der Verdoppelungserscheinungen im Schlafe müßte sie auf die gleichen Mechanismen verweisen, wie sie bei der Analyse des Wachzustandes aufgezeigt wurden. Die Analyse der übrigen Störungen würde uns von unserem Thema zu weit abführen.

Schließlich noch zwei wichtige Punkte: Die Patienten klagen über räumliche und zeitliche Orientierungsstörungen.

Es ist im vorangehenden versucht worden, die Möglichkeit elementarer Raumsinnstörungen zu erweisen. Bei der Mehrzahl der beobachteten Fälle mit Orientierungsstörungen sind jedoch die Störungen anders begründet. Zweifellos handelt es sich darum, daß zufolge abnormer Einstellungen zur Orientierung wesentliche Teilstücke nicht zum Bewußtsein gelangen (Fälle von Krishaber). Heveroch hat hier wie überall die Angaben der Patienten reproduziert, ohne eine tiefere Analyse zu versuchen.

Viel schwieriger sind die Störungen des Zeitsinns zu deuten. Zunächst sei darauf verwiesen, daß nach der Untersuchung von d'Allonnes objektive Störungen des Zeitsinns nicht vorhanden sind. Aber eine verhältnismäßig große Anzahl von Patienten klagt über Störungen des Zeitbewußtseins. Ein Fall Krishabers ist sich bewußt, von seinem früheren Leben sehr weit entfernt zu sein, einer der Depersonalisierten Janets gibt an, das Wort Zeit hätte für sie überhaupt den Sinn verloren. Eine Psychasthenische Janets klagt, es scheine ihr, daß es keine Zeit gäbe. Die Patientin Löwys gibt an, ihre Gedanken so zu denken, als ob sie Gedanken aus der Vergangenheit denke. Auch Hevero chs Patientin ist alles wie längst vergangen. In die gleiche Kategorie gehört wohl, daß unsere Patienten bisweilen in ausgeprägter Weise das Symptom der „fausse reconnaissance darbieten. Dieses zeigt auch, wie noch zu erwähnen sein wird, psychologische Beziehungen zu dem Depersonalisationsphänomen.

Eine wirkliche Erklärung der Phänomene scheint mir bei der Schwierigkeit aller Probleme, die mit dem Zeitbegriff zusammenhängen, derzeit noch nicht möglich, es seien nur folgende Punkte hervorgehoben. Die Beziehungen der Erlebnisfülle, des Aufgehens im Erleben zur Zeit sind bekannt. Sind wir in einer Sache voll darin, leben wir ganz in ihr, so entschwindet uns vollkommen der objektive Maßstab für die verflossene Zeit. Die Zeit vergeht uns im Fluge. Alles ist gleichsam Gegenwart. Nach dem treffenden Ausdruck Janets beruht die Störung bei Psychasthenischen darauf, daß sie keine Gegenwart haben. Sie leben nicht vollkommen in dem, was sie erleben, freilich ist dieser Ausdruck Janets nur ein bildlicher. Das gegenwärtige Leben unterscheidet sich von dem vergangenen nicht nur dadurch, daß wir in ihm voller leben, sondern es ist eben auch, und das läßt sich nicht weiter analysieren, eben das gegenwärtige Erleben.

Wenn also die Patientin Löwys angibt, sie denke ihre Gedanken, als ob sie vergangene Gedanken dächte, so besagt das nur, daß sie ihre gegenwärtigen Gedanken nicht mit jener ungeteilten Erlebnisfülle erlebt, wie es den aktuellen Gedanken zukommen würde. In der Tat ist mir kein Fall bekannt, in dem die Patienten Gegenwart und Vergangenheit wirklich verwechselt hätten. Freilich sind hiermit nur die primitivsten Behelfe zu einer künftigen Lösung des Problems gegeben. Eine Analyse des déjà vue versuche ich hier überhaupt nicht und verweise auf die Arbeiten von Janet, Bergson, Rosenberg, Dugas, Dromard und Albés, Grasset, Bernard-Leroy, Fischer etc.

Die Vorstellungen und Erinnerungen.

In der Mehrzahl der einschlägigen Fälle wird über mangelhaftes Vorstellungsvermögen geklagt. So gibt Gottfried an, er könne sich seinen Vater nicht vorstellen. Er könne auch keine Auskunft geben, wie es in L. aussehe. Er negiert entschieden, sich seinen Bruder vorstellen zu können, gibt aber eine so lebendige und plastische Schilderung desselben, daß mir die Annahme gesichert erscheint, daß bildliches Vorstellungsvermögen vorhanden war. Er gibt auch an, beim Assoziationsversuch nicht die entsprechenden Vorstellungen zu haben. Noch stärker im Vordergrund sind ähnliche Störungen bei der Kranken Försters. Sie jammert, sie könne sich nichts mehr vorstellen, wiewohl sie optische Erinnerungsbilder genau schildert. „Nein, Herr Doktor, ich habe nicht die geringste Vorstellung, keinen Schimmer davon oder höchstens einen ganz schwachen Schimmer. Ich weiß ja doch wie es früher war, da hatte ich es doch in Gedanken, wie etwas aussieht, jetzt aber ist es, als ob reine nichts wäre. Ich kann mir nicht einmal vorstellen, wie ich selbst aussehe, wie mein Mann und meine Kinder, wie sie aussehen." „Vorstellen, wie etwas klingt, kann ich mir auch gar nicht, wie die menschliche Stimme klingt, wie Ihre Stimme klingt. Auch kann ich mir den Klang von der Stimmgabel gar nicht mehr vorstellen." Gleichwohl ist sie imstande, sich bestimmte musikalische Töne für mehrere Tage genau zu merken.

Derartige Beobachtungen sind deswegen außerordentlich wichtig, weil, wie wir noch später hören werden, ähnliche Klagen in zwei Fällen von sogenannter Seelenblindheit (in bezug auf Optisches) wiederkehren. Man müßte fast die gesamte Kasuistik wiederholen, wenn man alle jene Autoren anführen wollte, die über die Klagen von Blässe und Schattenhaftigkeit der Vorstellungen berichten. Nur die Angabe meines Patienten Max (Fall 10) sei erwähnt, der angibt, sein Erinnern sei nur ein Denken. Als wesentlich muß ich auch hier hervorheben, daß das bildmäßige Erinnern bei unseren Kranken trotz ihrer gegenteiligen Angaben vorhanden ist. Besonders eindeutig sind die Resultate bei meinem Patienten R. S. Hier läßt sich ein lebhaftes optisches Vorstellungsvermögen im Versuche direkt nachweisen. Er selbst kann beschreiben, daß es nur die Kraft der Vorstellung ist, die Veränderungen aufweist, ohne daß der Inhalt im engeren Sinne sich geändert hätte. Manchmal wird über Kleinheit der Vorstellungen geklagt (Heilbronner, Pick). Man muß berücksichtigen, daß die Vorstellungsbilder des Normalen sehr häufig kleiner sind als die Wirklichkeit (vgl. z. B. G. E. Müller, Martin). Es ist wieder nur eine Störung des Sich-hinein-versetzens.

Es sei hier gleich angeführt, daß Störungen des Wiedererkennens in keinem der Fälle objektiv nachgewiesen werden konnten. Es ist bereits oben das Wichtigste der Angaben über den Eindruck der Fremdartigkeit und Neuartigkeit wiedergegeben. Besonders vermerkt seien nur noch die genauen Angaben Försters über optisches und akustisches Wiedererkennen. Die Patientin wußte noch nach mehreren Wochen die Reihenfolge von Gegenständen, die ihr gezeigt wurden. Ähnliches konstatierte er auch auf akustischem Gebiet. Mein Patient Gottfried erkannte seine Angehörigen und den Referenten, ohne irgendwelche Schwierigkeiten. Auch bei R. S. fanden sich keine Störungen des Wiedererkennens. Das Wiedererkennen erstreckt sich sowohl auf fremde, als auch auf altbekannte Gegenstände. Auch Gegenstände, welche den Fremdheitseindruck hervorgerufen hatten, werden wiedererkannt.

Das Gedächtnismaterial läßt sich bei unseren Kranken nur schwer exakt prüfen. Jedenfalls war es bei Gottfried nicht so leicht verfügbar, wie in gesunden Tagen. Aber er konnte doch stets im groben über seine Vergangenheit Auskunft geben, so daß die Annahme schwerer Störungen nicht gerechtfertigt erscheint. R. S. hat sogar ein Gedächtnis von außerordentlicher Schärfe, noch nach Wochen erinnert er sich unwesentlicher Details der Gespräche. Eine Kranke Juliusburgers lernt in ihrer Krankheitszeit Gedichte auswendig und sagt sie wieder her. Eine Kranke Böttigers klagt allerdings darüber, sie müßte sich beim Einkauf alles notieren und vergesse trotzdem noch vieles. Bei meiner Patientin Johanna versagte das Gedächtnis, als sie einen kleinen Zeitungsausschnitt wieder erzählen sollte, der ihr vorgelesen worden war.

Die objektive Erinnerung an die Vorgänge zur Zeit der Depersonalisationskrise ist bei allen Patienten eine sehr genaue. Mein Patient Gottfried erkannte, nachdem die Depersonalisation geschwunden war, alle seine Äußerungen, als die seinen wieder und er konnte auch die Ereignisse reproduzieren. Der Kranke von Dugas konnte eine Szene aus seiner Depersonalisationszeit in allen ihren Details beschreiben.

Dugas, Dugas und Moutier haben sich um die Abgrenzung dieser Gedächtnisstörungen bemüht. Sie stellen die Gedächtnisstörungen der Depersonalisierten den anderen Formen der Gedächtnisstörung gegenüber.

Sie scheiden Gedächtnisfehler aus Mangel, oder das Vergessen und Gedächtnisfehler durch Übertreibung, oder trügerisches und lügenhaftes Gedächtnis. Das Vergessen trennt sich wieder in ein materielles und in ein formelles, je nachdem, ob es den Inhalt des Gedächtnisses betrifft, oder die Form. Unter Form verstehen sie das Wiedererkennen der Erinnerungen als solche durch das Ich und das Wiedererkennen der Erinnerungen als eigener.

Die Gedächtnisstörungen der Depersonalisation rechnen sie zu den formalen Störungen. Es sei die Zuteilung der Erinnerungen zum Ich und zur Persönlichkeit gestört. Die Depersonalisierten teilten sich ihre Erinnerungen nicht zu, weil sie ihnen passiv gegenüberständen und ihr Gehen und Kommen nicht beeinflussen könnten. Die Autoren sprechen unter diesen Umständen von Automatismus des psychischen Lebens.

Sie haben bereits in einem ihrer Fälle verzeichnet, daß trotzdem bestimmte Situationen vergessen werden. Ihr Patient M. hatte vergessen, in welcher Weise er von einem Zug in den anderen übergestiegen war. Krishaber verzeichnet die Schwächung des lokalen Gedächtnisses geradezu als konstant. Dugas und

Moutier denken daran, daß in dem Fall ihres Patienten M. schon die Perzeption selbst eine ungenügende war. Ohne hier eine detaillierte Kritik der Anschauungen von Dugas und Moutier zu geben, stelle ich das Ergebnis meiner eigenen Analyse hierher. Ich glaube, diese wird mit hinreichender Deutlichkeit zeigen, daß von einem Automatismus der Erinnerung bei unseren Patienten nirgends gesprochen werden kann.

Auch unecht Wahrgenommenes kann gedächtnismäßig behalten werden. Man wird in der Depersonalisation bezüglich der Reproduktionsfähigkeit zweierlei unterscheiden müssen. Gestört ist erstens die Aufnahme des Gedächtnismaterials. Auch diese Störung ist nicht konstant, sondern tritt nur dann ein, wenn eine abnorme Einstellung der Aufmerksamkeit besteht (die meines Erachtens beim unechten Wahrnehmen nicht immer vorhanden ist). Selbst wenn während des Aufnehmens eine abnorme Einstellung besteht (etwa auf das eigene Ich und seine Funktion), wird ein Erfassen im Sinne einer Nebenaufgabe (vgl. hierzu Westphal) möglich sein. Westphal hat darauf hingewiesen, daß wir von einem Buche nicht bloß das behalten, was wir für den speziellen Zweck notwendig haben. In der Tat sprechen die oben angeführten Resultate über die Erinnerungsfähigkeit nach Ablauf der Depersonalisation mit Entschiedenheit für diese Auffassung. Auch Janet hebt in einem ähnlichen Zusammenhange hervor, daß die Patienten sogar nach Zwangsvorstellungskrisen Erinnerungen an das während der Krise Erlebte haben. Gewiß ist jedoch durch die abnorme Einstellung die Möglichkeit gegeben, daß manches überhaupt unbemerkt bleibt oder auf einer zu geringen Bewußtseinsstufe aufgenommen wird, als daß es reproduziert werden könnte. Es muß jedoch nochmals auf die Wichtigkeit der abnormen Einstellung verwiesen werden. Die Unechtheit meines Erlebens reicht meines Erachtens nicht aus, um etwaige Lücken des Gedächtnisses zu erklären. Das Behalten im Gedächtnis ist überhaupt nicht abhängig von der Widersprochenheit oder Unwidersprochenheit, soweit durch diese nicht abnorme Einstellungen bedingt sind. Sehr ähnliche Erwägungen müssen angestellt werden betreffs der Wiedergabe des vorhandenen Gedächtnismateriales. Janet macht darauf aufmerksam, daß die Wiedergabe dann am besten erfolgt, wenn das Individuum nicht aufmerksam auf die Wiedergabe eingestellt ist. Es erklärt sich wohl auch so, daß Johanna die kleine Zeitungsnotiz nur unvollständig wiedergeben kann.

Taucht dem Patienten das Gedächtnismaterial auf und gibt er es wieder, so wird es ihm wieder nicht vergönnt sein, voll in ihm zu leben. Er wird ihm eben so gegenüberstehen, wie der Wahrnehmung. Wieder taucht die wichtige Frage auf, ob Vorstellungsmaterial, das voll erlebt wird, identisch ist mit dem Vorstellungsmaterial, das zu einem unvollständigen Erleben dient. Wir haben es schon erwähnt, daß es nur eine Arbeitshypothese ist, wenn das sinnliche Material dem Reiz entsprechend konstant gedacht wird (vgl. Köhler). Und wir müssen gleich hier hervorheben, daß durch Hirnläsion die Fähigkeit des Einlebens ins Vorstellungsmaterial gestört werden kann, ohne daß andersartige Änderungen des Sinnesmaterials eintreten. Es ist also vorteilhaft, sich der Grenzen der erwähnten Hypothese stets bewußt zu bleiben.

Ich halte es für sicher, daß die freie Phantasietätigkeit, das freie Zuströmen von Phantasievorstellungen, in der Depersonalisation gemindert ist. Doch ist

es bei der bekannten Neigung der Kranken, ihre psychischen Tätigkeiten nicht anzuerkennen, schwierig, darüber ein einigermaßen klares Bild zu bekommen.

Jedenfalls spricht das äußere Verhalten Gottfrieds dafür, daß ihm spontan nicht sehr viel an Phantasievorstellungen zufloß. Auch Johanna, die zugibt, sich Unbekanntes vorstellen zu können, meint, sie könnte sich ihre Kleider nicht mehr mit Phantasie zusammenstellen. Ähnliche Angaben macht R. S. Wir kommen auf diese wichtigen Fragen noch bei der Besprechung des Gedankenablaufs der Kranken zurück. Hier sei nur vermerkt, daß die Einstellung der Kranken auf ihr eigenes Innenleben den Zufluß anderer Vorstellungen hemmend beeinflussen muß. Wir wissen aus Experimenten Messers, wie sehr unbewußte Einstellungen den Ablauf der Assoziationen beeinflussen. Doch ist eine Diskussion dieser Frage ohne Berücksichtigung der Denkvorgänge nicht möglich.

Wie verhalten sich die Phantasiegefühle bei der Depersonalisation? Gottfried gibt ja an, bei Vorstellungen nichts zu empfinden. Johanna meint einmal, sie könnte sich jetzt erst lebhaft klar machen, wie glücklich sie früher war. Ihre Angabe, daß es doch nur ein Denken gewesen sei, läßt erkennen, daß sie die Angabe ursprünglich in einem anderen Sinne gemeint hat. Ti., der angibt, gefühlsstumpf zu sein, erregt sich bei der Vorstellung, daß er ins Arbeitshaus gesteckt werden sollte. Ähnliche Angaben macht auch Ka., der sich willkürlich Situationen vorstellt und sich, wie er sagt, aufs äußerste erbittert. Die Patientin von Touche erregt sich nur an Situationen aus der Vergangenheit, während sie gegenüber der Gegenwart gefühllos ist. Man könnte denken, diese Angaben für einen Unterschied zwischen vorgestellten Gefühlen und anderen Gefühlen zu verwerten. Ich glaube nicht, daß diese Annahme berechtigt wäre. Denn Ti. gibt ja auch an, sich über Tatsächliches zu ärgern (zu einer Zeit, wo er behauptet, keine Gefühle zu haben), andernteils sind die Angaben der Patienten derartig, daß es berechtigt erscheint, von aktuellem Ärger zu sprechen. Jedenfalls können also die entsprechenden Beobachtungen nicht als Stütze für spezifische Vorstellungsgefühle verwertet werden. Ich halte jedoch diese Annahme aus hier nicht näher zu erörternden Gründen für richtig [1]). Wir haben uns noch die Frage vorzulegen, welches denn die Erinnerungen an die Gefühlszustände in der Krise nach Ablauf derselben sind. Hier liegen nur Angaben von Dugas vor, der angibt, M. könnte sich zwar die Situationen der Depersonalisationszeit ins Gedächtnis zurückrufen, nicht aber seinen Gefühlszustand. Dementsprechend sind auch die Angaben unseres Patienten Gottfried über den Geisteszustand während der Krise außerordentlich dürftig. Er meint nur, es sei sonderbar gewesen. Es muß fraglich erscheinen, ob die Patienten während diesen Schilderungen eigenartige Phantasiegefühle empfinden oder ob sie überhaupt ausbleiben. R. S. ist allerdings sehr lebhaft bemüht, seinen Gefühlszustand während der Krisen zu beschreiben, und man hat den Eindruck, daß ihm vieles tatsächlich irgendwie in aktueller Weise gegeben ist.

Wir glauben hiermit die wesentlichsten Tatsachen, das Gedächtnis und das Wiedererkennen der Kranken betreffend, wiedergegeben zu haben. Wir verzichten darauf, uns eingehend mit den Anschauungen der anderen Autoren über diese Dinge auseinanderzusetzen. Ich komme aus ähnlichen Gründen,

---

[1]) Vgl. hierzu Meinong und Saxinger.

wie dies bei der Besprechung der Theorie der Wahrnehmung durchgeführt wurde, zur Ablehnung des Automatismus im Sinne von Dugas. Auch muß ich die Annahme Oesterreichs von der ausschließlichen Bedeutung der Gefühle als unzureichend bezeichnen. Ein Vorstellungsgefühl im Sinne Löwys erkenne ich gleichfalls nicht an. Die Abänderung der Vorstellungen, resp. die Unzufriedenheit der Patienten mit ihren Vorstellungen leite ich wieder ab von der Unfähigkeit, durchaus einheitliche Akte zu vollziehen. Es muß hier nochmals betont werden, daß selbst für die schwersten Zustände die Annahme des Schwindens von Vorstellungen nicht gerechtfertigt erscheint. Die Unzufriedenheit der Kranken mit ihren Leistungen des Gedächtnisses rührt aus der gleichen Quelle. Sind objektive Gedächtnisstörungen vorhanden, so sind diese auf Störungen der Einstellung zu beziehen. Das mit Aufmerksamkeit Erfaßte wird auch im Zustande der Depersonalisation im Gedächtnis behalten. Die mangelhafte Verfügbarkeit des alten Gedächtnisbesitzes, sowie den mangelhaften Zufluß von Vorstellungen (und Gedanken) führe ich auf eine abnorme Einstellung des Denkens zurück, wie dies schon ausgeführt wurde. Die Schwierigkeit der psychologischen Erklärung liegt hier nicht so sehr darin, die Klagen der Kranken zu begreifen, sondern darin, sich klar zu machen, auf welche Weise die sicher objektiven Störungen des Seelenlebens zu verstehen sind. Es ist nicht so schwierig, sich zu erklären, weshalb die einzelne Vorstellung den Patienten blaß und ungenügend erscheint, sondern schwierig ist die Erklärung der Tatsache, daß dem Patienten nur wenige Vorstellungen zuströmen. Ebenso ist es nicht schwierig, zu begreifen, weshalb die Patienten mit den objektiven Leistungen ihres Gedächtnisses unzufrieden sind. Schwierig ist nur die Deutung, warum vieles tatsächlich dem Gedächtnis der Kranken entschwindet. Diese Probleme werden ihre Klärung erst dann finden können, wenn wir uns vergegenwärtigt haben, in welcher Weise das Denken, die Aufmerksamkeit und der Wille dieser Patienten gestört sind. Fasse ich zusammen, so ergibt sich:

1. Die Mehrzahl der Patienten klagt über Unfähigkeit, sinnlich lebhafte Vorstellungen zu haben. Diese Klagen erstrecken sich auf Optisches und Akustisches. Fast immer wird über Blässe und Verschwommenheit der Vorstellungsbilder geklagt.
2. Da die Patienten exakte detaillierte Schilderungen vom Gesehenen und Gehörten zu geben imstande sind, auch dann, wenn sie angeben, nicht vorstellen zu können, so muß angenommen werden, daß es niemals zu einem wirklichen Verlust der Vorstellungsbilder kommt.
3. Das Wiedererkennen der Kranken läßt keinerlei Störungen erkennen. Die Klagen der Patienten können durch objektive Untersuchung widerlegt werden.
4. Der Gedächtnisbesitz scheint den Kranken nicht in vollkommener Weise zur Verfügung zu stehen. Ebenso läßt die objektive Untersuchung als wahrscheinlich erscheinen, daß das Zuströmen der Vorstellungen und die spontane Produktion von Vorstellungen gehemmt sind.
5. Die Merkfähigkeit der Kranken läßt sich objektiv als intakt erweisen trotz der gegenteiligen Klagen der Patienten. Nur ausnahmsweise kann über gewisse Situationen nicht berichtet werden. Es ist dann an komplizierende Einstellungsstörungen zu denken.

6. Die Erinnerung an Vorgänge, die während der Krise erlebt wurden, ist nach Abschluß der Krise eine gute.
7. Ein Teil der Patienten macht Angaben, welche darauf schließen lassen, daß die Phantasiegefühle nicht als verändert empfunden werden, wenn die eigentlichen Gefühle verschwunden scheinen. Andere machen entgegengesetzte Angaben. Der Gefühlszustand der Depersonalisation kann nach der Krise meist nicht vorgestellt werden.
8. Die Störungen in den Vorstellungen sind zu beziehen auf die Unfähigkeit, evident vorzustellen. Auch eine Reihe der Klagen über Störungen des Gedächtnisses und des Wiedererkennens hat die gleiche Grundlage.
9. Die objektiv nachweisbaren Störungen, insbesondere die Verminderung des Auftauchens an Vorstellungsmaterial ist auf abnorme psychische Determination zu beziehen.

Die Ergebnisse für die Psychologie wären folgende: Auch auf Vorstellungen und Erinnerungen bezieht sich der Gegensatz von evidentem und nicht evidentem Vollziehen. Doch ist die Art des Vollzuges für die objektive Leistung nicht relevant, so lange nicht hierdurch die determinierenden Tendenzen abgeändert werden. Die Abänderung dieser ruft schwerste Störungen im psychischen Ablauf hervor.

Das Denken und die Gedanken.

Fast alle Patienten klagen über Störungen des Denkens. Diese Klagen sind außerordentlich mannigfaltig. Gottfried gibt an, sein Gehirn sei wie verstopft. Er könne nicht denken, er habe keine Einfälle. In der Tat sind die Resultate seines Denkens ungenügend. Er antwortet außerordentlich verlangsamt beim Assoziationsversuch, wenn auch die Assoziationen nach den kurzen Proben, die erhältlich waren, nichts Auffallendes bieten. Es muß konstatiert werden, daß seine Denkrichtung eine abnorme ist. Er geht in der Betrachtung des eigenen Innenlebens auf. Es verdient jedoch sofort angemerkt zu werden, daß er nicht direkt nach dem Denken befragt Denkleistungen aufweist, die nicht allzu minderwertig sind. Er vermag einen Brief zu disponieren und eine im wesentlichen zutreffende Schilderung seiner Jugend zu geben. Derartige Resultate kommen jedoch nur zutage, wenn er abgelenkt ist und nicht an das Denken denkt. Besonders instruktiv in dieser Hinsicht ist der Assoziationsversuch bei unserem Patienten Max (Fall 10). Er versagt bei diesen einfachen Versuchen vollkommen, verspürt quälend das Ausbleiben der Gedanken, während er kurz darauf Kompliziertes gut darzustellen imstande ist. Ein Patient Janets (Ver.) gibt an, nicht denken zu können, wiewohl er den Inhalt eines gelesenen Buches referieren kann. Auch die Krankengeschichten Oesterreichs enthalten Klagen über entsprechende Störungen. Ti. kann keinen Gedanken zu Ende denken, wie er sagt, und weiß, daß er tatsächlich oft gar nichts denkt. Er verberge seine geistige Leere durch Zitieren. Er könne mit Fremden nichts Rechtes sprechen, er gibt aber Unterricht, hört Kollegs und liest psychiatrische Lehrbücher. Prau hat, wiewohl er seine Dissertation fertig bringt, nie das Gefühl, etwas Vernüftiges geleistet zu haben. „Was dasteht, ist ohne mein geistiges Zutun entstanden.“ Er muß sich die Bedeutung der Worte erst im Geiste zusammentragen. Er arbeitet, nimmt aber keinen inneren Anteil an der

Arbeit. Gleichwohl besteht er das Staatsexamen. Ka. klagt über Gedankenmangel. Die Assoziationen fehlten, die Gedanken seien belastet und gehemmt. Zu gleicher Zeit liest er aber wissenschaftliche Bücher. Es fiele nur schwer, darüber nachzudenken. Dann klagt er wieder, die wissenschaftlichen Gedanken fehlten. Von den meisten Patienten hört man, sie hätten keine Gedanken, z. B. von einer Kranken Juliusburgers. Ein Patient Picks meint, der Gedanke sei wie oberflächlich und habe nicht die richtige Farbe. Das Denken sei vom Sprechen wie abgetrennt. Ähnliche Angaben findet man auch bei Förster, Deny und Camus, Löwy, Böttiger.

Zu einer neuen Gruppe von Störungen führen folgende Angaben eines Falles von Juliusburger. „Die Gedanken sind von mir losgetrennt.“ Sie ist gleichgültig gegen ihre Gedanken. „Es geht im Kopfe wie von selber, als wenn mir die Kraft fehlt zu denken.“ Mein Patient R. S. sagt: „Wenn ich aufwache, gehen die Gedanken zügellos. Der Ablauf der Gedanken ist dabei kein zu rascher. Die Gedanken drängen sich mir auf und nicht ich beherrsche die Gedanken.“ Er könne sich nur schwer konzentrieren und könne nur mit Anstrengung an eine bestimmte Sache denken. Besonders schön sind die Angaben zweier Patienten von Hesnard. Der eine gibt an, es überkämen ihn ungeordnete Gedanken, die sich ohne sein Zutun aneinanderreihten. Es ist eine innere Ideenflucht. Das Beispiel ist im Anhang ausführlich wiedergegeben. Ein anderer Patient dieses Autors sagt: „Alles ist verwischt . . . . ich denke an einen Haufen lächerlicher Dinge und ich bin da, um sie vorbeiziehen zu lassen. Eine andere Patientin spricht: „Ich denke zu viel, das ungewollte Denken erschöpft mich.“ Verwandte Angaben macht der Patient K. Oesterreichs.

Man wird von diesen Erscheinungen streng die Phasen sondern müssen, in denen die Patienten eine Verdoppelung ihrer Fähigkeiten erleben. (Der Oberst Krishabers.) Hierher müssen auch noch Angaben gezählt werden, wie die meines Kranken R. S. der zeitweise alles besonders klar sah, und wie die des Patienten Böttigers, dem die Welt zeitweise unbeschreiblich schön erschien, wiewohl sich beide Angaben nicht auf Denkvorgänge im engeren Sinn beziehen. In dem Falle Böttigers und in einem Falle Oesterreichs leiten diese Erscheinungen die Erkrankung ein.

Bevor ich einen Erklärungsversuch gebe, sei in Kürze der Ablauf des normalen Denkens skizziert.

Bin ich keiner geistigen Arbeit zugewendet und überlasse ich mich den Eindrücken des Zufalls, so strömen mir Gedanken, Vorstellungen und Erinnerungen zu auf Grund von assoziativen und reproduktiven Tendenzen. Auch die Vorgänge meiner Umgebung werde ich zum Teil aufnehmen und auch an diesen wird sich seelisches Geschehen anknüpfen. Aber bereits in ungebundenem Vorstellungsverlauf machen sich ordnende Tendenzen geltend. Mein Denken springt nicht sinnlos von einem Gegenstand zum anderen, sondern ordnet sich nach bestimmten Gesichtspunkten. Es sind eben ständig latente Einstellungen vorhanden, die einesteils den Zufluß von Assoziationen und Reproduktionen regeln, andernteils auch das Denken im Sinn einer Aufgabe regulieren. Diese latenten Einstellungen sondern auch unter den Gegenständen der Wahrnehmung. So werde ich auch auf einem Spaziergang vieles von dem denken, was im Blickpunkt meines Interesses gelegen ist, und ich werde meine aktuellen Interessen

immer wieder und wieder durchdenken, ohne daß ich sagen könnte, ich hätte mich absichtlich auf eine bestimmte Sache gerichtet. Vielleicht wird mein Blick auf dieses oder jenes Detail des Straßenbildes fallen, doch wird der Gedankengang nur dann eine Abänderung erfahren, wenn mein Interesse an dem Gegenstand, den ich bemerke, ausreichend ist, um die Einstellung abzuändern.

Soll eine ersprießliche Arbeitsleistung zustande kommen, so wird der nach bestimmten Zielen gerichtete Denkverlauf auch nicht wesentlich anders verlaufen dürfen. Ich werde zwar einmal die determinierende Tendenz setzen, ein bestimmtes Problem zu lösen, aber der ganze Vorgang entwickelt sich nun gleichsam von selbst, gleichsam mechanisch aus diesem Entschlusse heraus und ich bin dabei ein passiver Zuschauer. Von selbst wird es zu einer Gliederung, zu einer Strukturformel des Denkens, zu einem Denkplan kommen. Es wird sich der Denkablauf nach dieser nicht ausdrücklich gewollten Denkstruktur regeln. Liepmann hat von Obervorstellungen gesprochen. Freilich ist mit dem Momente, in dem das Ziel auftaucht, nicht auch die Realisierung vorstellungsmäßig gegeben, es besteht nur die allgemeine Tendenz zur Lösung der Augabe hin. Aber Liepmann hat nur in diesem Sinne von einer Obervorstellung gesprochen. Auch umfaßt sein Vorstellungsbegriff, das was von der Külpeschen Schule als Gedanken bezeichnet wird, in sich. Wir werden allerdings den neueren Fortschritten der Denkpsychologie entsprechend gerade diese gedanklichen Beziehungen als wesentlich hervorheben müssen und werden, um Mißverständnisse zu vermeiden, von Denkentschluß und von determinierenden Tendenzen (Ach) sprechen. (Dieser Ausdruck ist der Bezeichnung Aufgabe (Watt) vorzuziehen, vgl. hierzu Ach. Wie wir schon oben hervorgehoben haben, gebrauchen wir den Ausdruck determinierende Tendenz nur im dynamischen Sinne und sprechen von Denk- oder Willensanstrengung, wenn wir das deskriptive Erlebnis meinen.) Während des Denkens findet nun ein fortwährender Umsatz potentiellen Wissens in aktuelles statt. Gedanken entwickeln sich aus keimhaften Andeutungen, einfach Gegenwärtiges rückt in den Blickpunkt der Aufmerksamkeit. Schließlich werden aber nur diejenigen Wahrnehmungen, Vorstellungen und Gedanken zur vollen Beachtung kommen, die in der Richtung der Determination liegen, wofern eben ein bestimmt gerichtetes Denken sich verwirklichen soll. Sonst wird sich der ganze Ablauf immer mehr der freien Denkbetätigung nähern.

Um Mißverständnisse zu vermeiden, sei folgendes hervorgehoben. Wir sagten, das Denken entwickle sich wie mechanisch aus der determinierenden Tendenz. Hier ist aber nur auf die deskriptive Tatsache verwiesen, daß nicht bei jedem Teilakt des Denkens die Denkanstrengung erneuert wird. Es ist nicht etwa unter dem mechanischen Denken ein ichloses oder nur gegenwärtiges Denken gemeint. Im Gegenteil, es muß gesagt werden, auch während des Verlaufes des Denkens finden fortwährend neue Denkakte des Individuums statt. Sie haben nur nicht jenen deskriptiven Charakter, welcher der ursprünglichen Willenssetzung zukam. Ist das Problem neu und schwierig, so wird allerdings die Denkanstrengung an vielen Punkten des Denkverlaufs erneuert werden müssen.

Die Ergebnisse für die Pathologie liegen auf der Hand. Es kann bei sonst normalen Denkbedingungen der Sinneseindruck eine besonders starke aufmerksamkeitsbindende Valenz besitzen. Wir werden dann von einer erhöhten

Ablenkbarkeit sprechen, wenn diese Valenz den Denkablauf bestimmt. (Unter Aufmerksamkeit wird hier wie überall nur das deskriptive Erlebnis der größeren „Deutlichkeit" verstanden, sonst spreche ich von Tendenzen. Etwas Ähnliches scheint W. Specht zu meinen, wenn er ausführt, die Aufmerksamkeit stelle keinen aktiven Faktor im Seelenleben dar.)

Es kann der Zustrom des reproduktiven oder assoziativen Materials vermehrt oder vermindert sein. Aber es wird von entscheidendem Einfluß sein, in welcher Weise die determinierende Tendenz diesem Material gegenübersteht. Erst dann wird ein Abspringen vom ursprünglichen Gedankengang erfolgen, wenn die determinierende Tendenz gegenüber der Fülle des eindringenden Materiales versagt. In dem anderen Falle werden wir nur von einem vollen und reichen Denken sprechen.

Es kann aber auch die determinierende Kraft eine Schädigung erfahren: assoziative, reproduktive und Wahrnehmungstendenzen werden das Übergewicht erhalten. Und hier wird sich noch eine Fülle besonderer Probleme dadurch ergeben, daß die Wirkung der determinierenden Tendenz eine doppelte ist. Sie regelt den Zufluß der Vorstellungen und Gedanken [1]) und sie wählt aus unter dem Zugeströmten. Es muß sich also, wenn die Voraussetzungen richtig sind, eine große Anzahl verschiedener Denkstörungen nachweisen lassen. In der Tat kennen wir bereits erhöhte Ablenkbarkeit durch Sinneseindrücke, Ideenflucht und ideenflüchtige Denkhemmung (Goldstein, Schröder).

Aber es gibt noch Denkstörungen, welche in einer ganz anderen Richtung liegen; eben die Denkstörungen der Depersonalisierten.

Wir gehen von jenen Fällen aus, in denen eine objektive Schädigung der Denkleistungen nicht nachgewiesen werden kann. Ich wähle die Äußerungen meines Patienten R. S. „Die Gedanken drängen sich mir auf und nicht ich beherrsche die Gedanken", und andernteils seine Angaben, er könne sich nur schwer konzentrieren, an eine bestimmte Sache zu denken. Es ist also wieder der Sachverhalt, den wir beim Wahrnehmen, Vorstellen, Fühlen antrafen, auch das Denken kommt nicht aus dem vollen Einklang der Tendenzen. Es ist ein Widerspruch da, eine Tendenz des Hintergrundes, welche gegen das Vordergrunderlebnis protestiert. Wir werden uns nicht wundern, wenn andere Patienten sagen, sie hätten keine Gedanken, oder die Gedanken hätten nicht die richtige Farbe. Wir kennen gleichwertige Äußerungen aus anderen Gebieten des Seelischen. Ein neues Moment kommt jedoch dadurch hinzu, daß das Denken sich deskriptiv als ein aktiver Vorgang darstellt. Ich erlebe beim Denken eine willkürliche Tätigkeit, ich setze Denk- und Willensanstrengungen zu einem bestimmten Ziel hin und weiß davon und von dem tatsächlichen Erfolge dieser Anstrengung, wenn ich mir das Erleben vergegenwärtige. Wahrnehmen, Vorstellen, Erinnern und Fühlen drängen sich jedoch im Erlebnis dem Individuum auf. Nun ist der Depersonalisierte in dieser Willensanstrengung nicht voll enthalten, auch sie ist eine unechte und widersprochene. Das Erlebnis der Aktivität wird ihm also nicht in seiner Fülle gegeben sein, auch wenn die Determination eine ausreichende Wirkungskraft hatte. So sagt Prau., die Dissertation sei ohne sein Zutun entstanden, der Oberst Krishabers wundert sich, daß

[1]) Daß ganze Strukturformen und Gedankenkomplexe zufließen, wird hier nicht weiter berücksichtigt.

seine Arbeiten Beifall finden und fühlt sich zu einer Zeit schwer gestört, als er Journalartikel schrieb, die für besser erklärt wurden, als die vor der Erkrankung geschriebenen. Es muß gesagt werden, daß die Möglichkeit, ausreichende Denkleistungen zu vollziehen, in einer nicht unbeträchtlichen Zahl von Fällen gewahrt bleibt. Auch der Kranke von Ball und der von Hirt bleiben beruflich tätig. Es sind das gerade Fälle, welche sehr ausgeprägt über Gefühlshemmungen klagen. Meines Erachtens geht daraus mit Sicherheit hervor, daß diejenige Gefühlsstörung, die für die Depersonalisation charakteristisch ist, für das Denken im wesentlichen nicht störend ist, Wenn Oesterreich gerade diese Fälle absondern will, so erscheint das durchaus unberechtigt und beweist eben wieder nur, daß der Deutungsversuch Oesterreichs ein verfehlter ist. Weil die Kranken mit ihrer Willensanstrengung nicht völlig einig sind, verleugnen sie diese und sprechen von einem automatischen und mechanischen Denkablauf.

Wir erwähnten, daß auch in dem frei ablaufenden Spiel der Gedanken latente Einstellungen wirksam sind. Wir haben hinzuzufügen, daß rudimentäre Willensakte und Willensanstrengungen auch hier erlebt werden. In dem Erlebnis selbst ist es enthalten, daß ich jederzeit willkürlich die Richtung des Denkablaufes ändern kann. Auch diese potentiellen Willensakte erfahren bei dem Depersonalisierten einen Widerspruch. Ferner, wenn sich der Normale dem Spiel seiner Gedanken überläßt und sich seinen Phantasievorstellungen zuwendet, so folgt das Fortleiten von einem Punkt zum anderen der jeweiligen Richtung des Interesses. Er ist ganz darin. Dem Depersonalisierten ist es wieder versagt, dieses Darinsein zu erleben. Er wird auch dem freien Spiel der Gedanken gegenüber sich unfrei fühlen, auch hier wird er von automatischer und mechanischer Denkleistung sprechen. Ich habe die Angaben der Kranken zu deuten versucht. Es ergibt sich aber sofort, daß von einem Automatismus im Sinn des Alltags gar nicht die Rede sein kann. Die automatische Handlung ist, das habe ich ja wiederholt ausgeführt, eine Handlung, in der nur verhältnismäßig wenig Teilakte zur vollen Gegebenheit kommen. Nun unterscheidet sich die Handlung des Depersonalisierten in einem ganz anderen Sinne von der des Normalen. Die Gegebenheitsstufe ist in den hier besprochenen Fällen die gleiche, es ist nur eine formale Änderung eingetreten, indem sich eben der Widerspruch geltend machte.

Zweifellos bestehen keine eindeutigen Zuordnungen zwischen der Unechtheit der Determination (bewußter oder latenter) und ihrer Wirkungsfähigkeit. Es ist aber zumindest verständlich, daß eine unechte Determination eine geringere dynamische Kraft haben kann. Jedenfalls ist es erwiesen, daß eine solche dynamische Einbuße der Determination in einer Reihe von Fällen tatsächlich vorhanden ist. Leicht verständlich: Der Oberst Krishabers denkt während der ganzen Zeit seiner Erkrankung unausgesetzt an seine Krankheit, Patienten Janets und Regis denken stets mehrere Gedanken auf einmal. Wir haben nun oben hervorgehoben, daß der Zufluß von Vorstellungen und Gedanken durch die Determination geregelt wird. Mit der Schwächung der Determination wird eine Störung im Sinne der Ideenflucht resultieren. Das zeigen auch die beiden Fälle von Hesnard, die wir anführten, sehr schön. Freilich ist die Ideenflucht besonderer Art, das Individuum ist in ihr nicht voll darin. Die Ideenflucht widerstrebt ihm und wird peinlich empfunden. Französische Autoren haben dieses Symptom als mentisme bezeichnet. Eine zu schwache

determinierende Kraft versagt hier gegenüber assoziativen und reproduktiven Tendenzen und das Individuum widersetzt sich innerlich dem Assoziierten und Reproduzierten. Man sieht sofort, daß eine innerliche Verwandtschaft zu Zwangsgedanken hier hervortritt. Das Symptom selbst ist von einer außerordentlich weiten Verbreitung. Wir finden es bei der Melancholie (vgl. z. B. Stransky), bei Neurosen aller Art, in Ermüdungs- und Erschöpfungszuständen, bei bestimmten Formen der Schizophrenie. Es hat noch ein sehr entscheidendes Kriterium gegenüber der echten Ideenflucht. Das Ich steht ihm bis zu einem gewissen Grade objektiv gegenüber.

Man wird als unwesentliche Abart dieses Geschehens bezeichnen dürfen, wenn diese „Ideenflucht" keinen richtigen Fortschritt hat und zu dem Gegenstand immer wieder zurückkehrt. Wir sehen hierin eine Eigenschaft des unabgeschlossenen Denkens. Die interessanten Beziehungen zu Zwangserscheinungen kann ich an dieser Stelle nicht weiter verfolgen.

Aber das Individuum kann die geringe Wirksamkeit seines ursprünglichen Wollens dadurch zu paralysieren versuchen, daß es die Tendenz ständig erneuert. Während also bei den Willensstarken die Teilakte auf einer niederen Stufe des Wollens bleiben, werden sie bei den Willensschwachen ausdrücklich und bewußt gewollt. Die Willensanstrengung wird also dort zur Erreichung des Zieles eine größere sein müssen, wo die dynamische Kraft des Wollens eine schwache ist. Es wird dann ohne weiteres klar, weshalb wir von so vielen Depersonalisierten hören, das Denken bereite ihnen eine besondere Anstrengung. Der Widerspruch zu der Klage, das Denken ginge von selbst, ist also nur ein scheinbarer.

Wir können noch folgendes hinzufügen: Es bestehen Beziehungen zwischen der Kraft des Wollens und der Beachtung, die sich auf das Wollen als Akt richtet. Es ist als Tatsache anzusehen, daß es eine Schwächung der Dynamik des Wollens bedeutet, wenn ich nicht dem Resultate des Wollens, sondern der Ausführung des Wollens zugewendet bin. Pick hat das für die Willenshandlung mit Recht besonders betont [1]).

Und jetzt können wir uns endlich jenen Fällen zuwenden, in denen ein Manko der Denkleistungen gewiß ist. Wir haben schon im vorangehenden darauf verwiesen, daß die reale Denkleistung dann geändert werden wird, wenn in der Determination Änderungen eintreten. Nun besteht bei den schweren Fällen eine ständige Einstellung vom Erlebnis weg auf die eigene Tätigkeit. Ein Patient Oesterreichs betont, er achte mehr auf das Lesen als auf das Gelesene. Daß diese Erklärung richtig ist, geht daraus hervor, daß die Denkleistungen der Kranken sich dann verbessern, wenn sie dazu gebracht werden können, sich selbst vergessend in den Gegenstand sich zu vertiefen. Janet hat das bei seinen Kranken konstatiert. Ich verweise nochmals auf den Assoziationsversuch bei meinem Patienten Max. Auch hier ist die Leistung besser, wenn sie nicht direkt beachtet wird. Die aufmerksame Lektüre der anderen Krankengeschichten läßt ohne weiteres den gleichen Mechanismus erkennen. Dem Kranken von Böttiger geht es besser, wenn er viel zu tun hat. Nach den Ausführungen über die Wirkung der determinierenden Tendenz ist es klar, daß eine ungenügende determinierende Tendenz in bezug auf ein gefordertes Resultat auch das Auftauchen von Vorstellungen und Gedanken, welche zu dem Bereich der

[1]) Wiener klinische Rundschau 1907.

geforderten Leistung gehören, hemmen wird. Wir konstatierten, daß in unseren Fällen die determinierende Tendenz sich auf die Beachtung der eigenen Erlebnisse richtet. Dementsprechend sagt der Oberst Krishabers, daß ihm alles, was sich auf seine Krankheit bezog, in allen Details gegenwärtig war.

Wir wenden uns zu der Frage, ob denn die Denkstörung, um deren Beschreibung wir uns bemüht haben, Beziehungen hat zu der Denkstörung, welche wir bei der objektiven Hemmung in der melancholischen Depression antreffen. Ich glaube: Diese objektive Hemmung enthält eine völlig neue Komponente. Ich komme darauf noch später zurück. Diese Auffassung ist darin begründet, daß selbst schlecht ansprechbare Depersonalisierte mitteilsam werden, wenn von ihrem eigenen Leiden gesprochen wird. Man findet kaum so viele Selbstschilderungen in der Literatur, als gerade von unseren Kranken. Die Hemmungen unserer Kranken können stets durchbrochen werden. Auch Gottfried, gewiß ein außerordentlich schwerer Fall, bleibt innerhalb dieser allgemeinen Regel. Das ist etwas ganz anderes als die objektive Hemmung der melancholischen Stuporfälle. Es werden noch Fälle mitgeteilt werden, welche zeigen, daß selbst ausgesprochene objektive Hemmungen der Melancholischen häufig überhaupt nicht zur Selbstbeobachtung kommen. Aber selbst wenn dies geschieht, so wird der Defekt eben nur konstatiert. Das ist etwas ganz anderes als wenn ein Kranker, bei dem sich objektiv eine ungestörte Denkfähigkeit nachweisen läßt, klagt, er könne überhaupt nicht mehr denken. Ich komme also zu dem Resultat, daß die subjektive Denkhemmung nicht als ein geringerer Grad oder eine Vorstufe der objektiven angesehen werden darf.

Vielleicht werden unsere Ausführungen deutlicher, wenn wir uns der Betrachtung von Denkelementen (wenn dieser Ausdruck überhaupt angewendet werden darf) zuwenden. Unter Bewußtheiten versteht Ach unanschaulich gegebenes Wissen. Wir gehen hier nicht auf die Streitfrage ein, ob nicht doch irgendein inadäquates Vorstellungsmaterial vorhanden ist (vgl. hierzu G. E. Müller), sondern halten nur daran fest, daß es sich jedenfalls um eigenartige und gut charakterisierte Bewußtseinserlebnisse handelt. Unsere Patientin Johanna gibt an, sie wüßte bestimmt, sie würde nicht wieder gesund und ähnliche Angaben über entsprechende Bewußtseinsinhalte finden sich in einer großen Anzahl der Krankengeschichten. Es wäre das ein unanschaulich gegebenes Bewußtseinserlebnis, das für die Patientin den Charakter der Evidenz trägt. Hier sei sofort eine Bemerkung Solliers über die „Zweifler" eingefügt: Sie sind nur bezüglich dessen sicher, was sie nicht sicher wissen können. Sind sie es wirklich? Johanna bittet in der Zeit, wo sie behauptet, es sei sicher, sie würde nicht wieder gesund, man möge sie mit Röntgenstrahlen durchleuchten. Sie scheint sich also doch etwas davon zu versprechen. Es ist mir gewiß, daß die Kranken die Evidenz, von der sie sprechen, nicht erleben. Das ist eben das Eigenartige im Seelenleben dieser Kranken, daß sie nirgends zu festen Ergebnissen gelangen können. Immer erheben sich Widersprüche. Das ist aber wieder etwas, das unsere Kranken in die nächste Nähe der Kranken mit Zwangserscheinungen stellt. Man hat gesagt, dieses Erlebnis sei wesensverschieden vom Zweifel. Ich muß sagen, es gibt mehrere Arten, den Zweifel zu erleben. Solange ich ihn wirklich erlebe, haben wir auch immer eine Tendenz zur Bejahung, die sich vordrängt und Widerspruch findet von einer Tendenz zur Verneinung. Und dieser Widerspruch setzt sich über den immer wieder gesetzten

Willensentscheid hinaus fort. Das aktuelle Erlebnis des Zweifels ist gar nicht mehr vorhanden, wenn ich die Sachlage als eine zweifelhafte bezeichne. Das ist ein einfaches Urteil, ein einheitlicher Akt, in dem Sinne, daß in ihm einander widerstrebende Tendenzen nicht mehr vorhanden sind (vgl. hierzu im Gegensatz die Ausführungen von Jaspers). Also auch an den Bewußtheiten läßt sich zeigen, daß die Kranken evidente Denkerlebnisse nicht haben.

Wir haben schon jene Zustände erwähnt, in denen eine Verdoppelung der Fähigkeiten erlebt wird. Diese Phasen fallen aus dem Rahmen der übrigen Zustände vollkommen heraus, sie stellen das gerade Gegenteil hierzu dar: Es sind geglückte Synthesen der Tendenzen, Überwindungen des inneren Widerspruches. Sie werden noch eingehend behandelt werden.

Nun anhangsweise einige Bemerkungen über die Lokalisation des Denkens bei unseren Kranken. Normalerweise lokalisieren wir unser Denken unter dem Einfluß von Spannungsempfindungen im Kopfe. Daß diese Zuteilungen an und für sich keine sehr festen sind, lehrt ein Blick in die völkerpsychologische Literatur. Man wird finden, daß das Denken sehr vielfach anderweitig im Körper lokalisiert wurde. Man versteht, daß die Depersonalisierten, welche viel substanziellere Eindrücke aus ihrem Körper nicht anerkennen, diese an sich undeutlichen Empfindungen nicht einschätzen werden. So gibt ein großer Teil der Kranken an (z. B. bei Pick und Juliusburger), die Gedanken schwebten im Raume und seien nicht im Kopfe. Mein Patient Max [1]) gibt an, er könne seine Gedanken nicht richtig nach vorne bringen, weil ihn das taube Gefühl am Kopfe daran hinderte. Ich habe diese Erklärung der Lokalisationsstörungen des Denkens, die sich mir zunächst darbot, immer für unbefriedigend und unvollständig gehalten. Erst nachdem ich einige hierher gehörige Versuche angestellt hatte, ist mir der Zusammenhang klarer geworden. Es sind noch zwei weitere Momente zu berücksichtigen.

Wenn mein Patient Max [1]) klagt, er brächte die Vorstellungen und Gedanken nicht von hinten nach vorne, so liegt dieser Klage die Tatsache zugrunde, daß in der Tat, wie ich aus eigenen Versuchen weiß, Vorstellungsbilder, die ich nicht vor mich hinstelle, sondern die hinter mir bleiben, unklarer und undeutlicher zu sein pflegen. Es ist anzunehmen, daß umgekehrt der Eindruck der Unklarheit eine Lokalisation des Gedankens oder der Vorstellung nach hinten bedingt.

Am wichtigsten sind jedoch für diese Frage die Experimente, die in dem Kapitel über Autoskopie mitgeteilt werden. Diese zeigen, daß es möglich ist, durch die Einstellung auf den eigenen Körper eigenartige Lokalisationsstörungen des Denkens hervorzurufen. Die Lokalisation des „geistigen Auges" ist bei den einzelnen Versuchspersonen eine verschiedene. Es kann im Körper hin und her wandern, es kann auch von außen beachten. Ist es im Körper, so hat die Versuchsperson den Eindruck, der Körper sei hohl.

Es kann selbstverständlich nicht mit Bestimmtheit behauptet werden, daß der zuletzt angeführte Mechanismus den Störungen zugrunde liegt. Es ist ja eine entsprechende Einstellung nicht für alle Fälle mit Sicherheit zu erweisen, jedenfalls ist aber der Mechanismus ein wesensgleicher und ich glaube, daß sich

[1]) Fall 10.

durch eine entsprechend angelegte ausgedehntere Versuchsreihe die Details der bei der Depersonalisation nachgewiesenen Störungen erklären lassen werden.

Fasse ich die Ergebnisse dieser Ausführungen zusammen, so ergibt sich:

1. Bei fast allen Kranken finden sich Klagen über Störungen des Denkens. Meist wird über Mangel an Einfällen, Blässe der Ideen und Unfähigkeit zur Konzentration geklagt. Sehr viele Patienten bezeichnen ihre Gedanken nicht als ihre eigenen, ihr Denken als automatisch. In einem kleinen Teil der Fälle wird über die Zügellosigkeit des Gedankenablaufs geklagt. Schließlich finden sich Angaben über Phasen von erhöhter Denkfähigkeit.
2. Die objektive Untersuchung ergibt bei einer Reihe von Kranken keine Störungen irgendwelcher Art. Bei anderen muß tatsächlich eine Verarmung des Denkens angenommen werden und die Denkleistungen sind herabgesetzte. Die Angabe der inneren Ideenflucht muß als zutreffende Beschreibung angesehen werden.
3. Gelegentlich werden Angaben über evidente Bewußtheiten gemacht. Auch diese Evidenz läßt sich jedoch als eine unechte erweisen.
4. Die Erklärung der subjektiven Störungen ist darin gegeben, daß das Denken der Kranken ein widersprochenes ist. Weil sie ihre Denkanstrengungen nicht anerkennen, erscheint ihnen ihr Denken automatisch.
5. Die Unechtheit des Denkens im Verein mit der durch sie hervorgerufenen Tendenz zur Selbstbeobachtung ist imstande, die determinierende Tendenz abzuschwächen. Diese Abschwächung der determinierenden Tendenz kann sich in einem erhöhten Zudrang von Vorstellungsmaterial äußern. Überwiegt die Einstellung auf das eigene Erleben, so kann eine Verarmung des Denkens und des zuströmenden Vorstellungsmaterials resultieren. Soll ein bestimmtes Denkziel erreicht werden, so wird in beiden Fällen eine erhöhte Willensanstrengung notwendig sein.

Auch hier zeigt sich die Notwendigkeit einer Unterscheidung echten und unechten Aktgeschehens. Eine wirkliche Erklärung pathologischer Denkvorgänge ist hier wie überall nur bei eingehender Berücksichtigung der modernen Denkpsychologie möglich. Insbesondere ist die Lehre von der determinierenden Tendenz für die Pathologie von einer außerordentlichen Wichtigkeit. Andernteils ist gerade das pathologische Material ein ausgezeichneter Prüfstein für die Richtigkeit dieser psychologischen Anschauungen.

Das Wollen.

Gottfried schuldigt als Ursache seiner Erkrankung direkt Willensstörungen an: Der Wille löst sich auf, tritt heraus und wird durch fremde, elektrische Willensströme ersetzt. Der kranke Wille regiert, er hat ihn nicht in der Gewalt, es ist ein irrsinniger Wille. Es ist ihm, wie wenn das ganze Streben wegleitet. Er vergleicht sich mit einer Holzpuppe. Johanna bezeichnet ihr Tun und Handeln, wie viele derartige Patienten, als automatisch. Die Klage über Automatismus im Handeln ist überhaupt bei unseren Patienten gewöhnlich. Sie kommt fast in allen Fällen in mehr oder minder ausgeprägtem Maße vor. Ka. gibt an, es fehlten die Zweckvorstellungen nicht, doch fände das Handeln ohne

Willensregungen statt. Auch der Oberst Krishabers klagt über erlahmende Energie. Auch die Kranken Janets äußern entsprechendes.

Fast in allen Fällen ist die objektive Untersuchung zu den Angaben der Patienten im Widerspruch. Selbst die sonst schwer Betroffenen beschäftigen sich. Die Patientin Bernard-Leroys näht, hilft bei der Krankenpflege. Ähnliches ist noch vielfach bei anderen Patienten verzeichnet. Es sei noch verwiesen auf die Angaben, die wir oben über eine Reihe von Patienten gemacht haben, die sich im Alltagsleben behaupten konnten. Wir können überhaupt im wesentlichen auf unsere Ausführungen über die Denkvorgänge verweisen.

Hervorgehoben sei noch, daß eine Reihe von Patienten, sich selbst überlassen, tatsächlich stumpf, apathisch, stuporös erscheint. Gottfried sitzt den ganzen Tag ohne Beschäftigung da, auch Johanna hat wenig Neigung zu einer solchen. Von Stuporformen anderer Art sind jedoch die hier vorliegenden scharf zu trennen. Das Wort des englischen Oberst von Krishaber gilt für alle derartigen Fälle. Sie finden ihre Energie wieder, wenn es sich um ihre Gesundheit handelt. Sind sie zu Beginn des Gespräches meist etwas kühl und nicht ganz leicht zugänglich, so löst sich das außerordentlich rasch, wenn von der Krankheit gesprochen wird. Insbesondere Johanna wird lebendig und spricht ausgiebig, ja sogar mit sorgfältiger Ausarbeitung des Formalen. Es scheidet dieses Verhalten die Kranken scharf von Kranken mit typischen melancholischem Stupor oder mit katatonem Stupor. Hier liegen Hemmungen vor, die man auf bestimmte Art jederzeit leicht brechen kann. Ich gehe hier auf die Erklärung der Zustände deshalb nicht näher ein, weil ich das über die Denkvorgänge Gesagte im wesentlichen wiederholen müßte. Die objektiven Störungen des Handelns sind Störungen der Einstellung. Es ist hier nicht zu entscheiden, ob und welche Beziehungen zu der Abulie der Psychasthenischen bestehen, resp. ob nicht ein schwach ausgebildetes Willensvermögen, eine geringe dynamische Kraft gewisser Einstellungen in der Konstitution dieser Kranken gelegen ist. Die tatsächlichen Unterlagen reichen für die Entscheidung dieser Fragen nicht aus. Auf die krankhafte Einstellung auf das eigene Leiden ist das Versagen des Willens gegenüber den Anforderungen der realen Außenwelt in einer Reihe von Fällen zurückführbar. Daß die Krankheit im Vordergrund des Interesses der Kranken steht, lehrt ein Blick auf die Krankengeschichten. Ich möchte an dieser Stelle nicht verfehlen, darauf zu verweisen, daß alle Kranken ausnahmslos auch Klagen über körperliche Beschwerden vorbringen. Am klarsten tritt das in den Krankengeschichten Krishabers hervor, der diesen Klagen besondere Beachtung schenkte. Aber selbst die ausführlicheren Krankengeschichten jener Autoren, deren Interesse anders gerichtet war (Oesterreich), verzeichnen diese Klagen. Die Patienten selbst schätzen sie durchaus nicht gering ein. Auch hierin kann eine Stütze der Annahme gesehen werden, daß die Patienten in besonderem Maße, auf sich selbst eingestellt sind.

Fasse ich das Wesentliche über die Willensstörungen zusammen, so ergibt sich:

1. Sämtliche Kranken klagen mehr oder weniger über den Nachlaß des Willens. Sie bezeichnen ihre Tätigkeit und ihr Handeln als automatisch und mechanisch.
2. In einer Reihe von Fällen führt die Willensstörung zu keiner wesentlichen Beeinträchtigung der Funktionen des täglichen Lebens. Eine Reihe

von Patienten erscheint vollkommen energielos und ist unbrauchbar zu einer geregelten Beschäftigung.

3. Die Willenshemmung kann sich bis zu Zuständen steigern, die einen stuporösen Eindruck machen. Dieser Stupor ist dadurch charakterisiert, daß er in bestimmter Weise leicht durchbrochen werden kann.
4. Die Klagen über Automatismus entspringen daraus, daß das Individuum in seinen Willensakten nicht ungeteilt enthalten ist.
5. Die objektiven Störungen beruhen zum großen Teil auf einer Störung der Einstellung. Ob die dynamische Kraft des Wollens in einer Reihe von Fällen nicht der Anlage nach abnorm schwach ist, muß dahin gestellt bleiben.

Auch hier ergibt sich, daß das Wollen in zweierlei Weise vom Individuum ausgehen kann: In echter und in unechter. Auch das unechte Wollen ist für das Individuum unangenehm. Inwieweit die unechten Gefühle auf das Wollen von Einfluß sind, entzieht sich hier der Erörterung. Es ist immerhin denkbar, daß die Motivation durch sie und durch das unechte Denken bereits gestört ist.

Selbstbewußtsein und Persönlichkeitsbewußtsein[1]).

Veränderungen im Selbstbewußtsein und Persönlichkeitsbewußtsein sind dasjenige Symptom, welches uns zur zusammenfassenden Betrachtung dieser Störungen geführt hat. Sie kommen in verschiedener Ausprägung vor. Wir beginnen mit der mildesten.

Bei einzelnen Patienten findet sich nur die Angabe, sie seien verändert. So gibt Ti. an, es sei ein anderer als der gewöhnliche Zustand, als ob er alles beobachte und nichts empfände. Johanna fühlt sich gleichsam vollkommen verändert, sie finde sich nicht mehr in sich selbst zurecht, sie sei ein verkehrter Mensch. Prau sagt, es fehle das Bewußtsein des eigenen Ich. Gottfried gibt an, er sei im Charakter vollkommen verändert, „Ich bin vollkommen umgestülpt.“ Er habe gar keinen Zusammenhang mit seinem früheren Leben. Schließlich steigert sich der Zustand dahin, daß er sagt „Ich bin kein Mensch mehr, ich habe keine Seele mehr.“ Bemerkt muß werden, daß die Kranken das Gefühl haben, daß es sich um einen stets wechselnden Zustand handle. Gottfried sagt, es ist seit 20 Tagen jeden Moment anders geworden. Eine ähnliche Angabe macht Ka., der berichtet, er habe mindestens zweihundert verschiedene Grade des Selbstbewußtseins erlebt.

Steigern sich die Erscheinungen, so treten Angaben, wie sie Gottfried vorbrachte, in den Vordergrund. So berichtet Ka., daß alles Ichgefühl fehlte. Er glaubt, daß das Ichbewußtsein sich parallel und gleichsinnig mit den Gefühlen gewandelt habe. Der Patient Balls gibt an, die Persönlichkeit sei absolut und vollständig verschwunden. „Es scheint mir als wenn das Ding, welches existiert, in nichts an das erinnert, was auf mein altes Ich Bezug hat.“ Wie tot sein, ist überhaupt ein Ausdruck, den unsere Patienten häufig gebrauchen. Ein Patient Krishabers meint, es sei, wie wenn er nicht existierte. Ich bin nicht mehr, es ist alles aus, sagt eine Kranke Försters.

---

[1]) Über die Begriffe Störung des Selbstbewußtseins und Störung des Persönlichkeitsbewußtseins siehe auch Beginn des III. Kapitels.

Besonders häufig sind Angaben, welche sich auf eine Verdoppelung der Persönlichkeit beziehen. Sehr eingehend sind die Angaben Oesterreichs. Sein Patient Ka. notiert:

„Starke Spaltung der Persönlichkeit, die Aufmerksamkeit richtet sich immer mehr nach innen. Die eine Gedankenreihe, die sich mit mir beschäftigte, trat immer mehr in den Vordergrund, meine eigentliche normale Persönlichkeit rückte ständig weiter zurück und trat endlich nur noch für Momente hervor.

Es gingen zwei Assoziationsketten durcheinander, die eine gehört zu mir, die andere war mechanisch dazwischen.

Bei zu wenig Arbeit entstand automatisch Selbstbeobachtung, wobei wieder Verdoppelung des Ich entstand."

Schon Krishaber hatte ähnliche Beobachtungen mitgeteilt. Einer seiner Kranken klagt darüber, er sei in ein beobachtendes und in ein ausführendes Ich geteilt. Eine andere Patientin sagt: „Es wohnte in mir ein neues Wesen, und mein zweiter Teil, das ehemalige Wesen, nahm keinen Anteil an dem neuen. Oft habe ich mir gesagt, daß mir die Schmerzen dieses neuen Wesens gleichgültig seien." Klare Angaben macht auch die Patientin Geißlers. Sie dachte an ihr Ich, wie an ein fremdes Wesen. Ein zweites Ich sah auf die Handlungen des ersten, wie auf die eines fremden Wesens. Leider sind die Angaben einer Patientin Juliusburgers nicht ganz eindeutig. Auch hier wird zwischen zwei Ichs unterschieden „eins sitzt im Kopfe, eins sitzt hier . . . . . das eine beobachtet immer alles und hört alles, ist nicht so persönlich, ist wie eine dritte Person, das andere will selber leben, möchte raus aus mir, sitzt hier unten in der Brust. Das eine Ich hat keine Gedanken, hört bloß, nimmt nur auf was es von anderen hört, das andere drängt so rauf, will leben . . . Die beiden Ich kommen mir im Charakter so verschieden vor. Das Beobachtende im Kopf kommt mir so hochmütig vor." Auch in dem Fall Wernickes fehlen Angaben über Verdoppelungserscheinungen nicht. „Immer ist mir zu Mute als sei ich aus mehreren Menschen zusammengesetzt, von denen keiner der rechte Ich selbst sei." Auch bei Janet finden sich reichlich Angaben über Verdoppelungserscheinungen. Die Hauptangaben stammen allerdings von psychasthenischen Patienten, welche keine ausgesprochenen Depersonalisationserscheinungen zeigen. Schließlich sei noch die Angabe Praus erwähnt, der davon spricht, daß mehrere Personen in ihm nur durch Gedächtnisbrücken verbunden seien. Hesnards Patienten sprechen besonders häufig von derartigen Eindrücken. Auch bei Seglas finden sich Angaben.

Man kann zu einem großen Teil der hier erwähnten Störungen des Selbstbewußtseins, Störungen der „Einfühlungsvorgänge" entsprechender Art nachweisen. In den geringen Graden erscheinen die Leute der Umgebung wie Figuren eines Traumes (Krishaber), wie Phantome (Deny und Camus), wie Marionetten (Hesnard). Der Kranke Balls bezeichnet seine Umgebung als Sachen (choses), Gottfried spricht von seiner Umgebung auch als von Holzpuppen. Bei Johanna fehlen jedoch entsprechende Erscheinungen, andere Menschen kommen ihr glücklich vor. In sehr vielen Krankengeschichten finden sich keine genaueren Angaben.

Nun zur Analyse. Die Kranken haben ein gutes Recht zu sagen, sie seien verändert. Alle unsere Ausführungen haben ja gezeigt, daß ihre ganze Existenz eine schwerwiegende Störung erfahren hat. Sie nehmen anders wahr, denken

anders, fühlen und wollen anders als früher. Ihr ganzes Leben trägt den gleichen Charakter der Widersprochenheit und Unechtheit. Dieser Aktcharakter ist etwas letztes und nicht näher beschreibbares. Wir konnten aber auch im Hintergrunde des Akterlebens nicht vereinheitlichte Strebungen und Tendenzen nachweisen. Wir fanden hier die ständige Tendenz der Selbstbeobachtung, häufig aber auch andere der Grundrichtung widersprechende Gedanken und Willensrichtungen. Freilich mußte der Tendenz zur Selbstbeobachtung eine besondere Rolle zugeschrieben werden, denn sie fixiert ja die Halbheit, Unechtheit und Widersprochenheit des Erlebens. Allerdings glaube ich nicht, daß der Widerspruch ursprünglich in der gleichen Form gegeben war. Ich muß hier auf das Kapitel von der genetischen Psychologie der Depersonalisation verweisen. Also: Die Angabe der Kranken, ihr Innenleben sei völlig verändert und umgestülpt, beruht auf richtigen Beobachtungen.

Freilich werden wir sagen müssen, daß ein Ich da sein muß, welches den jetzigen Zustand an dem früheren mißt. Wenn der Kranke Balls sich als Sache bezeichnet, so muß er seinen eigenen Zustand irgendwie wahrnehmen und mit seinem früheren Dasein vergleichen. Wenn man also die Trennung von I und ME im Sinne von James vornimmt, so muß gesagt werden, bei der Depersonalisation ist das ME und nicht das I verändert. Das ist auch die Annahme von James. Auch Oesterreich vertritt jetzt einen ähnlichen Standpunkt, indem er zwischen Ich und Selbst scheidet und die Veränderungen in das Selbst verlegt.

Wir fügen hinzu: Das Ich ändert sich nicht, wenn das Erleben Widerspruch erfährt. Es ist das gleiche Ich, das echtes und unechtes erlebt, und ebenso wie ich das echte Erleben vor mich hinstellen kann, kann ich mir auch das unechte vergegenwärtigen. Der Ausdruck, ich habe mich geändert, ist dann nur ein ungenauer Bericht über Tatsächliches. Korrekt müßte gesagt werden, ich werde mir anders gearteter Erlebnisse bewußt. Es sind ja eben die Einzelerlebnisse des Ich, das selbst unverändert blieb, andere geworden. Der Depersonalisierte wird sich bewußt, daß seine Akte dem Charakter der Widersprochenheit zeigen, er weiß, daß sein Selbst sich geändert hat und wird sich damit auch bewußt, daß in der konkreten Folge seiner Erlebnisse das Ich anders erscheint. Man könnte zunächst sagen, es handelt sich um Störungen des Selbst und der Persönlichkeit, die registriert werden. Freilich werden sie nicht exakt und „objektiv" registriert. Es ist ja der Gesamtzustand des Individuums derartig, daß ein völlig adäquates Urteil noch weniger möglich sein wird als bei den Normalen. Wir sprechen infolgedessen auch ohne Bedenken von Störungen des Selbstbewußtseins (vgl. hierzu meinen Wiener Vortrag)[1]).

Stellt sich nämlich der Depersonalisierte sein unvollkommenes Erleben vor Augen, faßt er es in einem neuen Akt auf, wird in diesem neuen Akt eben jene Mangelhaftigkeit des Persönlichkeitsausdruckes im Erleben erfaßt, so kann dieses Erleben gleichsam verleugnet werden und als Unpersönliches und Automatisches bezeichnet werden. Aber jenes Ich, das den Akt als solchen beachtet, ist genau das gleiche Ich, welches es immer war und auch in dem schon vollzogenen Akte, der beobachtet und beurteilt wird, war zu der Zeit als er erlebt wurde das Ich darin, und es war auch nicht der Akt irgend eines Unpersönlichen oder irgend einer anderen Persönlichkeit. Im Grunde handelt es sich nur um eine

[1]) Auf die einschlägigen Fragestellungen verweist auch Ziegler.

Verselbständigung der einzelnen Wahrnehmungsakte, wenn man davon spricht, ein zweites Ich betrachte die eigenen Wahrnehmungen, wie die eines Fremden. Im wesentlichen liegt genau der gleiche Fall vor, wie wenn ich sage oder erfasse: Ich weiß, daß ich wahrnehme. In dem einen und in dem andern Fall ist es absurd zu sagen, das Ich sei verdoppelt.

Aber sofort ergibt sich die Frage, wenn in der Depersonalisation tatsächlich ein ähnlicher Sachverhalt vorliegt, warum fühlen wir uns denn nicht immer dann depersonalisiert, wenn wir uns selbst beobachten?

Haben wir doch auch hervorgehoben, welche wichtige Rolle die Selbstbeobachtung in der Depersonalisation spielt. Aber der Psychologe stellt das Erlebte vor sich hin und während er beobachtet, hat er nicht die Tendenz zu erleben. Deswegen ist es auch wichtig bei der Instruktion zu psychologischen Versuchen zunächst nicht zu beobachten und sich erst den perservierenden Inhalt vor Augen zu stellen (vgl. hierzu Ach.). Auch darf, während ich beobachte, nicht das Erlebnis selbst die Aktualität fordern. Wenn wir trauern werden wir meist keine entsprechenden Analysen zu geben imstande sein.

Und nun müssen wir nochmals scharf hervorheben, daß das Nichtvolleingehen in das Erlebnis bei der Depersonalisation eine bestimmte eigenartige Färbung besitzt, eben die Widersprochenheit. Man könnte ja sonst sagen, schon beim normalen Denken, Arbeiten und Handeln bleibt sehr vieles auf einer sehr geringen Bewußtseinstufe, um mich des Ausdrucks von Westphals zu bedienen, stehen. Wir haben sehr vieles im Bewußtsein, ohne es zu beachten und wenn wir es beachten, so müssen wir es nicht noch ausdrücklich konstatieren. Wenn wir denken, so strahlen wirklich zusammenfassende Akte nur nach wenigen Punkten hinaus, wir haben nur weniges wirklich im geistigen Griff. Alles das, was wir nicht im Griff haben, wird schließlich, so könnte man sagen, auch nicht in Akten erfaßt, in denen das Individuum ungeteilt lebt. Wir müßten also nach dieser Beweisführung bei jeder Denkaufgabe einigermaßen komplizierterer Struktur in den Zustand der Depersonalisation geraten. Damit wäre aber die entwickelte Auffassung ad absurdum geführt. Dieser Einwand führt uns darauf, daß unser Denken nicht etwa eine Zusammensetzung und Aneinanderreihung von einzelnen Teilakten ist, sondern daß es sich um komplizierte psychische Strukturen handelt. Ebenso wie es für das Handeln Bewegungsformeln gibt, so gibt es für jede geistige Tätigkeit Strukturformeln mit weitgehenden konstruktiven Überordnungen und Unterordnungen. In dem Willen, ein bestimmtes Problem zu lösen, in der Entwicklung eines bestimmten Gedankens, ist bereits enthalten, daß vieles nur auf der Stufe des Gegenwärtighabens bleibt, daß nur diese und jene Bewußtheit ausdrücklich konstatiert wird. Daß ich nur diesen und jenen Punkt des Denkvorganges wirklich im Griff habe. Es ist bereits gegeben, daß nur dieser und jener Gedanke aus seinem Keim voll entwickelt wird. Diese Strukturformel des Denkens muß einheitlich vollzogen werden, damit ein Akt aus voller Persönlichkeit vorliegt. Wenn ich einen mathematischen Beweis vollziehe, so werde ich mir nicht jeden Teilsatz voll zur Gegebenheit bringen dürfen und können. Aber wenn mir der Satz wirklich evident werden soll, so darf ich nicht neben der Strukturformel des Satzes den Gedanken vollziehen, was ich zum Mittagessen essen werde. Es darf dem Interesse an der Lösung des Problems nicht aus tieferen Schichten ein Widerspruch irgendwelcher Art entgegenkommen, sei es, daß dieser durch ein Gefühl, sei es, daß er durch einen

Gedanken repräsentiert werde. In gleicher Weise steht vor uns die Forderung, Wahrnehmungen, Gefühle und Handlungen in dieser Weise widerspruchslos zu vollziehen. Sind diese Bedingungen nicht gegeben, so kommen eben echte Wahrnehmungen, Gefühle, Gedanken und Handlungen nicht zum Vollzuge. Hier sei daran erinnert, daß die vorübergehenden Depersonalisationszustände beim Normalen nach Heymans dann eintreten, wenn das Individuum Unterhaltungen folgt, die ihm gleichgültig sind.

Und hier kann ich ein eigenes Erlebnis zum Beweis anführen.

Als ich vormittags eifrig mit Arbeit beschäftigt bin, kommt mein Patient X. zu mir, für den mein persönliches Interesse erschöpft ist, den ich aber aus bestimmten Gründen doch anhören muß. Er erzählt mir Dinge, die er mir schon oft in gleicher Weise erzählt hat. Ich antworte ihm, plötzlich höre ich meine Stimme wie die eines anderen, und habe nicht den Eindruck, selbst zu sprechen, wiewohl ich ziemlich Kompliziertes leicht und sinngemäß beantworte. Es ist alles in eine etwas andere Sphäre gerückt. Seine Worte stören mich und klingen mir etwas laut ins Ohr. Er selbst kommt mir etwas sonderbar und fremdartig vor, etwas starr und seltsam. Bald erscheint er mir etwas größer, bald etwas kleiner, meist auch etwas innerlich ferner gerückt. Die übrigen Gegenstände des Raumes gehen nicht gleichartige Veränderungen ein. Mein Körper erscheint mir nicht verändert (ich fasse absichtlich nach meiner Hand) nur habe ich das Gefühl, daß meine Miene etwas starr sei. Die ganze Situation ist nicht gerade angenehm, insbesonders dann, als ich ohne Erfolg den Zustand zu beendigen versuche. Gesamtgefühl des Unwillens und Ärgers. Zu sonstigen Gefühlen gibt die Situation keinen Anlaß.

Während der ganzen Beobachtungszeit entschwindet mir durchaus nicht das Bewußtsein, daß ich es bin, der hört und spricht, wiewohl ein eigenartiges „Als ob ich es nicht wäre", vorhanden ist.

Das Erlebnis zeigt deutlich die Entstehungsbedingung: Die innere Abwendung von der Situation. Sie bietet im übrigen das charakteristische Bild der Depersonalisationsattacke (die Dauer betrug etwa 10 Min.). Ich habe meinen bisherigen Ausführungen nichts hinzuzufügen. Das eigene Erlebnis bestätigt mir die Richtigkeit der vorangegangenen Analysen.

Es ist leicht verständlich, auch das Erleben der fremden Erlebnisse erleidet den gleichen Widerspruch, wie das der eigenen. Wir sehen zwar das Wahrnehmen beseelter fremder Iche als eine besondere Erlebnismodifikation an. Aber der Widerspruch erstreckt sich auch häufig auf diese Erlebnissphäre.

Wir haben ausgeführt, daß es die Unechtheit des Erlebens ist, welche zu dem Urteil führt, ich bin verändert. Dagegen kann man noch anführen. Zweifellos gibt es unechte Erlebnisse, ohne daß derjenige, der sie erlebt, selbst wenn er zum Bewußtsein der Unechtheit kommt, sich depersonalisiert fühlt. Es muß eben die Unechtheit des Erlebens breitere Erlebnissphären betreffen. Es muß für das betrachtende Individuum das unecht Erlebte den wesentlichen Teil seines Erlebnisses darstellen. Man erkennt, daß gelegentlich eine Gruppe seelischen Erlebens echt bleiben kann und daß sich das Individuum trotzdem als in seiner Persönlichkeit verändert bezeichnen kann.

Und nun eine letzte Beobachtung, die zeigen soll, wie sehr man Schematisierungen in diesen Dingen vermeiden muß. Es gibt Depersonalisationserleb-

nisse, in denen der Widerspruch und die Unechtheit des Erlebens sehr eigenartig charakterisiert sind. Ich führe zunächst eine Selbstbeobachtung an.

In leicht berauschtem Zustand (nach reichlichem Weingenuß) überkommt mich ein eigenartiges Gefühl. Die Umgebung erscheint (innerlich) fern gerückt und von einem anderen, der nicht vollständig Ich ist, wahrgenommen, und ich selbst beobachte die Wahrnehmungen dieses anderen. Die eigene Stimme und die Stimme dessen, der mit mir spricht ist mir fremd. Der Gang ist verändert und ungewohnt. Ich komme mir leicht und schwebend vor (soweit ich weiß, waren objektive Störungen nicht vorhanden). Die Gefühle sind vollkommen erhalten, nur gleichsam ferngerückt und von mir beobachtet. Wenn ich spreche und gehe, so beobachte ich mein Sprechen und Gehen. Ich gebe dann (sachgemäß) eine Auskunft und beobachte mich dabei. Die Gedanken scheinen mir nicht gehemmt. Der Gesamtzustand ist nicht unangenehm. (Über ähnliche Erscheinungen nach Haschischgenuß berichtet Moreau de Tours.)

Man kann hier nicht ohne weiteres von einem Widerpsruch der Tendenzen reden. Die Tendenzen des Erlebens und die des Beobachtens durchkreuzen sich allerdings. Auch hier sind die Tendenzen nicht vereinheitlicht. Aber dieser Mangel erscheint eben nicht als solcher im Erlebnis. Er fügt ihm nur einen eigenartigen Schauer hinzu, der etwas Angenehmes hat. Es wird auch die Gedankentätigkeit nicht als gehemmt empfunden, wiewohl sie offenbar zum Teil entfremdet ist. Vielleicht spielt eine selbständige Beeinflussung des Fühlens durch den Alkohol eine Rolle. Es scheint, daß die Widersprochenheit des Erlebens ein Unlustgefühl abgibt, welches das angenehme Gefühl der Berauschtheit eigenartig färbt und steigert.

Man kann damit vergleichen, daß die Patientin Löwys angenehme Zustände hat, die darin bestehen, daß sie von ihrem Körper nichts weiß, daß er ihr entfremdet ist, während ihr Denken ein freies ist.

Schließlich wird noch zu erwähnen sein, daß im Beginn der Depersonalisationsattacke, das peinigende und quälende Fühlen doch wenigstens zurücktreten kann.

In den zuletzt erwähnten Fällen ist es die Freude über die Besiegung der Wirklichkeit, die das Erlebnis färbt. In der Falle der Intoxikation ändert diese selbst den Gefühlston der Situation.

Und jetzt können wir mit gutem Rechte unsere Erklärung der Depersonalisation wiederholen. Verändert ist nicht das zentrale Ich, das Ich im eigentlichen Sinne, verändert ist vielmehr das Selbst, die Persönlichkeit und das zentrale Ich nimmt jene Veränderung des Selbst wahr. Es setzt somit die Depersonalisation eine bestimmte Summe erhaltener Fähigkeiten voraus. Die Veränderung des Selbst ist nicht die Folge der Veränderung irgend einer Gruppe psychischer Elemente, der Empfindungen, der Erinnerungen und Denkvorgänge (wenn es überhaupt erlaubt ist, derartig zu sondern) sondern rührt daher, daß das zentrale Ich in das Selbst nicht mehr in der früheren Weise eingeht. Das Selbst erscheint entseelt, weil es nicht ungeteilt dem Ich entsprießt. Es genügt nicht, daß Empfindungen, Gefühle, Vorstellungen, Gedanken dem Bewußtseinsstrome immanent sind, ja es genügt auch nicht, daß sie vom zentralen Ich erfaßt werden, es müssen vielmehr in dem Erfassen des Inhalts sämtliche aktuelle Tendenzen des Ichs unwidersprochen, vereinheitlicht enthalten sein, wenn ein

befriedigendes volles Erleben zustande kommen soll. Das Erleben des Depersonalisierten ist ein widersprochenes nicht vereinheitlichtes. Und eben diese Uneinheitlichkeit und Widersprochenheit nimmt das Ich wahr.

1. Fassen wir zusammen: Ein Teil unserer Patienten gibt an in ihrem Selbst- und Persönlichkeitserlebnis vollkommen verändert zu sein. Diese Störung steigert sich bis zu den Äußerungen, es ist als existiere ich nicht. Es wird vereinzelt berichtet, daß sehr viele Arten des Persönlichkeitsbewußtseins abwechseln. In einer Reihe von Fällen wird über eigenartige Verdoppelungserlebnisse berichtet. Meistens ist es so, daß das Ich sich von einem andern Ich beachtet fühlt.
2. Die Beschreibungen der Kranken enthalten zweifellos Richtiges, sie wollen im wesentlichen die Widersprochenheit ihres Erlebens ausdrücken. Freilich ist diese Beschreibung häufig nicht vollkommen adäquat, das hängt mit dem Gesamtzustand der inneren Uneinigkeit zusammen.
3. Die Verdoppelungserlebnisse sind keine Verdoppelungen des Ich, sondern beruhen darauf, daß das Ich den Ablauf seiner Gedanken und Willensakte beachtet. Die Tendenz des Beachtens und die Tendenz des Erlebens widersprechen einander.
4. Die scheinbare Spaltung des Ich wird in einigen Fällen unterstützt durch eigenartige Fehllokalisationen des Denkens. Diese konnten experimentell auf Störungen der Einstellung zurückgeführt werden (s. S. 87).
5. Die Persönlichkeiten der anderen erscheinen dem Depersonalisierten häufig gleichsinnig mit der seinen verändert. Diese Tatsache erklärt sich dadurch, daß sich auch gegen das Erleben des fremden Gefühls und der fremden Strebungen der gleiche innere Widerspruch erhebt.

Diese Untersuchungen haben uns Bedingungen gezeigt, die erfüllt werden müssen, wenn ein volles Persönlichkeitserlebnis zustande kommen soll.

Kritik fremder Theorien der Depersonalisation.

Ich beginne mit einer Besprechung der Anschauungen Oesterreichs. Dieser hat in ausgedehnter Weise die Theorie entwickelt, die Depersonalisation sei eine Folge von Herabsetzungen und Hemmungen der Gefühle. Die Gefühle sind nach ihm in der Depersonalisation herabgesetzt oder sie fehlen vollkommen. Hier ist zunächst zu erwähnen, daß es eine Reihe von Fällen gibt, in denen die Kranken nicht über ihre Gefühle klagen. Es sind das die Fälle von Krishaber, Janet, Geißler, Seglas und Hesnard. Dugas und Moutier haben zwar diese Angabe angezweifelt. Während der vollständigen Krise sei stets die Affektivität gestört. Dieser Einspruch ist aber nicht berechtigt, denn der Fall Hesnards zeigt sehr schwere Störungen in anderer Hinsicht.

Eine Schwierigkeit für eine Theorie, welche die Depersonalisation von Gefühlen ableiten will, bieten auch jene Fälle, in denen nur die Gegenwart depersonalisiert ist (Touche), während die Vergangenheit voll erlebt wird, und weiter jene Fälle, in denen nur die Vergangenheit depersonalisiert ist, während das Leben in der Gegenwart keine Einbuße erlitten hat. Man wird sich nur schwer zu der Annahme entschließen können, daß es eine Scheidung gibt von Gefühlen, welche sich auf die Gegenwart beziehen und von Gefühlen, welche die Vergangenheit zum Gegenstand haben.

Der wichtigste Einwand ist jedoch der, daß sich nachweisen läßt, daß die Gefühle auch in den Fällen vorhanden sind, in denen über Gefühlsmangel geklagt wird. Ich verweise auf meine vorangehenden Auseinandersetzungen. Schließlich ist zu erwähnen, daß Patienten, welche über Gefühlshemmungen klagen, sich in ihrer Persönlichkeit häufig nicht in entsprechender Weise verändert finden. Jedenfalls ist es (wie unsere Ausführungen bezüglich der Melancholie noch zeigen werden) häufig, daß Gefühlshemmungen angegeben werden, ohne daß eine Veränderung der Außenwelt nachzuweisen ist.

Oesterreich hatte in seiner ersten Arbeit das Ich anscheinend im wesentlichen als Ergebnis der Gefühle aufgefaßt. Es können wenigstens die Schlußsätze seiner Arbeit kaum anders aufgefaßt werden. „Gleichartig ist das Ergebnis der Hemmung des Gefühlslebens auch für das innere Sein der Person. Sie fühlt sich in ihrem Selbst, ihrer Persönlichkeit verändert, fremd, ja sie erscheint sich als ein anderer oder verliert jedes Ichbewußtsein und wird zu einer toten Maschine. Es ist eine Existenz mit Bewußtsein, aber ohne Selbstbewußtsein, denn die Empfindungen des eigenen Körpers wie der Außenwelt und die Vorstellungen allein, ergeben noch kein Ich, kein Selbst, kein Persönlichkeitsbewußtsein." Oesterreich hat zwar erkannt, daß das Ich nicht als die Summe aktueller Prozesse aufgefaßt werden darf und hat seine Auffassung in seinem Buche entsprechend revidiert. Gleichwohl enthält auch die dort gegebene Darstellung jene Unzuträglichkeiten, die sich aus einer Gefühlstheorie der Depersonalisation ergeben. Er nimmt jetzt einen Gesamtzustand an, in dem ein qualitativ Neues hervorgetreten sei, eine Zuständlichkeit des Subjekts, die gleichwohl keine Gefühlszuständlichkeit sei und sich auch in eine andere Gruppe psychischer Phänomene nicht einordnen lasse. Es sei derjenige Zustand, in dem das Ich sich befinde, wenn seine normalen Gefühle und Funktionen aufhörten. Gleichwohl wird bei Oesterreich das Selbstbewußtsein als Apperzeption bezeichnet. Da nun der Depersonalisierte über Veränderungen des Selbstbewußtseins klagt, muß er also doch wohl apperzipieren. Nun vergleiche man hierzu noch, daß Prau eine gute Dissertation schreibt und Balls Kranker im Berufsleben tätig ist. All das ergibt, daß die Theorien Oesterreichs unmöglich richtig sein können.

Es ist also weder eine Herabsetzung der Gefühle noch ein vollständiges Verschwinden derselben als Ursache der Depersonalisation anzusehen. Hirts Anschauung deckt sich fast vollständig mit der Oesterreichs[1]).

II.

Daß diejenigen Theorien, welche eine Störung der Gemeinempfindungen als Ursache der Depersonalisation betrachten, in engster Verwandtschaft mit den Gefühlstheorien derselben stehen, geht schon daraus hervor, daß die meisten dieser Autoren Gemeinempfindungen und Gefühle gleichsetzen. (Ribot, James, Förster, Deny und Camus, d'Allonnes, Heilbronner, Juliusburger.) Gegen diese Theorien erhebt sich zunächst das Bedenken, daß eine Störung der Gemeinempfindungen niemals nachgewiesen wurde (die Beweise d'Allonnes sind keine solchen). Im übrigen erheben sich die gleichen Bedenken

[1]) Auch James soll in „The will to believe", ein Buch, das mir nicht zugänglich war, die Gefühlstheorie vertreten.

die gegen eine Gefühlstheorie erhoben wurden. Ich gehe auf die verschiedenen Variationen dieser somatopsychischen Theorien nicht näher ein. Es wird bald von einer Afunktion, bald von einer Hypofunktion gesprochen, bald von einer ungenügenden Beachtung der entsprechenden Sinneseindrücke.

Sollier bezieht diese Störungen auf Abänderungen der zerebralen Coenästhesie. Abgesehen davon, daß uns die Theorien Solliers auch sonst schlecht begründet erscheinen, treffen gegen diese Theorie alle jene Einwendungen zu, die wir oben formuliert haben.

Ich teile noch in aller Kürze zwei Krankengeschichten mit, welche zeigen sollen, daß auch schwere Störungen der Gemeinempfindungen keine Störungen hervorrufen müssen, welche denen der Depersonalisation entsprechen.

Fall 4. Anna L., geb. 1887. Familienanamnese belangslos, war früher aufgeregt und jähzornig. Sie ist seit 14 Jahren verheiratet. Drei Kinder sind am Leben, ein Kind starb $^1/_2$ Jahr alt. Das jüngste Kind ist zur Zeit der Aufnahme (23. V. 1913) 11 Wochen alt. Seit der letzten Schwangerschaft äußerte sie neurasthenisch-hypochondrische Beschwerden. Die Geburt war schmerzlos, sie wollte gleich nachher aufstehen und arbeiten. Sie ist schon seit langem schlaflos. Es sei alles vertrocknet im Leibe. Sie äußerte auch Suizidgedanken.

Sie äußerte nun in der Klinik folgende Klagen und Beschwerden bei völliger Luzidität und guter örtlicher und zeitlicher Orientierung. Seit Beginn der Schwangerschaft sei sie leidend. Sie habe jetzt gar kein Gefühl (meint damit offenbar Empfindungen), sie spüre es nicht, wenn sie sich verbrenne. Ob sie nackt gehe oder in Kleidern, spüre sie nicht. Ebenso sei es mit warm und kalt. „Wenn ich gehe, fühle ich gar nicht, daß ich Beine habe.“ Sie spüre nicht, wenn schönes Wetter sei. Hören, Sehen, Riechen und Schmecken seien ungestört. Die Geburt sei vollständig ohne Schmerzen von statten gegangen (auf Frage, sie freute sich richtig über das Kind). Der ganze Vorgang war komisch.

„Ich könnte immer essen und trinken.“ Sie spüre nicht den Druck der gefüllten Blase, der Stuhlgang sei schlecht (aber sie empfindet den Stuhldrang). Der Geschlechtsakt lasse sie kalt.

Sie schlafe überhaupt nicht. Trotzdem bekäme sie keine Kopfschmerzen. Sie schwitze nicht, alles sei trocken. „Ich bin eigentlich gar nicht traurig, alles ist ohne Interesse. Auch die Freude ist weg.“ Wie sie ihren Zustand nennen soll, weiß sie nicht. Sie könne sich nicht mehr ärgern, es sei wie verwelkt. Könne nicht bei Witzen lachen. Früher hätte sie richtig „geschmettert und gesungen“, jetzt fühle sie nichts mehr. Sie empfindet nichts, wenn sie Zither spielen hört, wo es doch früher so schön war (unter dem Ausdruck des Seelenvollen).

Sie hat den Mann noch gerne und auch die Kinder; sie würde sich auch kränken, wenn etwas passierte, sie könnte aber nicht weinen; sie würde ihren Mann auch gerne sehen. Sie kann sich auch freudige Ereignisse vorstellen.

Gedächtnis und Sprache seien in Ordnung. Sie fühlt sich auch in ihrem Wesen durchaus nicht verändert gegen früher, sie sei völlig die gleiche geblieben.

Es ist zu bemerken, daß die objektiven Zeichen der Affekterregbarkeit bei ihr vorhanden sind.

Die Sensibilitätsprüfung ergibt eine starke Herabsetzung der Schmerzempfindung an der gesamten Körperoberfläche. Im übrigen fehlen Konjunktival- und Würgreflexe.

Der weitere Verlauf ergibt nichts wesentliches, nur treten noch eine Reihe von hypochondrischen Klagen auf. Die Därme seien wie zusammengeschnürt, wie ausgetrocknet. Sie könne nicht gähnen, es lange dazu nicht in den Schläfen.

Zeichen von Hemmung sind niemals vorhanden gewesen, sie bringt alle ihre Beschwerden und Klagen fließend in etwas weinerlichem Tone vor.

Aus äußeren Gründen habe ich selbst die Patientin leider nur einmal untersuchen können, so daß die Untersuchung des Falles in mehrfacher Hinsicht unvollständig ist. Wir stoßen bereits bei der Diagnose auf Schwierigkeiten. Die Differentialdiagnose zwischen Psychasthenie und Hysterie ist nicht mit

Sicherheit zu führen. Doch halte ich, mit Rücksicht auf die Störungen der Schmerzempfindlichkeit, die Diagnose Hysterie für die wahrscheinlichere. Uns interessiert, daß die Patientin ihre Organempfindungen ebenso strikte negiert, wie die Patienten mit Depersonalisation. Es ist uns gleichgültig, ob die Organempfindungen nicht bemerkt (exakter: bemerkt und vernachlässigt) werden, wie dies als typisch hysterisch angesehen werden müßte, oder ob sie nur mangelhaft bemerkt werden. Jedenfalls sind Organempfindungsstörungen vorhanden, welche an Schwere, zu mindest denen gleich kommen, die in den Fällen von Revault d'Allonnes und Oesterreich verzeichnet sind. Gleichwohl fehlen Veränderungen des Persönlichkeitsbewußtseins vollkommen, und die Herabsetzung der Gefühle erreicht gleichfalls nicht den Grad, wie in dem Falle des erstgenannten Autors.

Man muß sich hier übrigens folgendes vor Augen halten. Die Patientin bezeichnet den Schmerzsinn gleichfalls als Fühlen. Sie selbst charakterisiert ihren Gesamtzustand als Mangel an Gefühl. Das alles verweist darauf, daß das Denken der Patientin unter dem einheitlichen Gedanken steht, nicht zu fühlen. Man kann also keineswegs ohne weiteres die Defekte der Gefühle auf die Störungen der inneren Sensibilität beziehen. Es scheinen hier sehr ähnliche Verhältnisse vorzuliegen, wie sie bei den Hypnoseversuchen Solliers (vgl. hierzu Stumpf) vorgelegen haben. Meines Erachtens handelt es sich nicht um eine Verknüpfung der Störungen untereinander, sondern beide stehen unter dem Einfluss der Idee nicht fühlen zu können. Daß die Patientin einen Grund hat, nicht mehr fühlen und sich nicht mehr ärgern zu wollen, sei noch erwähnt: Sie gibt an, sich mit dem Manne vielfach gezankt zu haben, da er ihr untreu war. Ihr Gefühlsbegriff ist der vulgäre. Dies sowie ihre geringe Intelligenz lassen verstehen, daß das ganze Krankheitsbild, ich möchte sagen, schlecht durchkomponiert ist.

Nun ein andersartiger Fall von Beeinträchtigung der Coenästhesie. Es sind halluzinatorisch bedingte Sensationen von weitgehendsten Veränderungen im eigenen Körper. Keine Spur von einer Abänderung der Gefühle und des Persönlichkeitsbewußtseins.

Fall 5. August E., geboren 1852, in die Klinik aufgenommen 1910. Er war zur Polizei gegangen, um sich zu beschweren, daß durch ihn gesprochen werde, gleichwie, wenn er eine Endstation einer drahtlosen Telegraphie wäre.

Man wüßte alles, was er tue und die Leute wären aus Deli mit ihm gekommen seit seiner Abreise von dort 1910. Seither keine wesentliche Änderung des Zustandes (nur geringe Schwankungen der Intensität). Er ist stets geordnet, orientiert und besonnen; er fühlt eine Fülle von Organbeeinflussungen, es gehe ständig ein Strom durch ihn hindurch, durch den Strom werden Stimmen erzeugt, die im Magen sitzen. Diese Stimmen sagen ihm laut, was er denkt, sie können alles eruieren und suchen die physiologische Funktion des Magens, der Muskeln, zu ergründen. Sie sprechen aber auch gemeine Dinge über ihn und sein Geschlechtsleben (mit gedämpfter Stimme, wie durchs Telephon, sprechen sie); es wird ihm auch zu Versuchszwecken der Darm zugeschnürt, ebenso auch der Magen. Seit etwa einem Jahr lebt er ohne Herz, dieses ist von den Leuten ausgeschaltet worden. Die Stimme und der Kehlkopf und die Zunge werden jetzt wieder gemacht, auch an der Blase ist etwas geändert worden. Sein Körper ist zeitweise unendlich schwer, dann wieder leicht, der Bauch ist wie aufgeschnitten, die Hand manchmal kleiner.

All das wird auf elektromagnetischem Wege erzeugt, auf diesem Wege entstehen auch die Stimmen, die ihm von diesen Veränderungen berichten. Die Stimmen sprechen in verschiedenen Sprachen, die Leute, die all dies machen, sind über ihm. Trotz dieser schweren, somatischen Halluzinationen hat der Patient niemals auch nur die geringste

Veränderung seines Persönlichkeitsbewußtseins gezeigt, er verneint auch auf ausdrückliche Fragen, daß er selbst in seinem Wesen sich wesentlich geändert hätte, es sei nur der Körper. Die Leute wollten ihn künstlich aufregen, aber das gelänge ihnen nicht.

III.

Gegen Theorien, welche ein Entfremdungsgefühl annehmen (Bernard-Leroy und Pick) habe ich mich ja bei der Besprechung der Wahrnehmungsstörungen bereits ausführlich gewendet. Ich möchte das Gesagte nicht wiederholen.

IV.

Eine besondere Beachtung verdient die Theorie, welche Löwy aufgestellt hat. Er nimmt spezifische Wahrnehmungs-, Denk- und Willensgefühle an, die mit dem Akt der Tätigkeit als solchen verbunden sind, dementsprechend spricht er auch von einem Fühlgefühl. Nun habe ich bereits erwähnt, daß diese Wahrnehmungs- und Willensgefühle, ebenso wie die anderen Aktivitätsgefühle, nur theoretisch postuliert, aber nicht wirklich nachgewiesen sind. Damit wäre diese Anschauung als unbegründet bezeichnet. Ich glaube jedoch, daß in ihr ein richtiger Kern enthalten ist. Das möchte ich hier etwas weiter ausführen, weil es uns auch so möglich sein wird, zu erkennen, inwieweit in den anderen Gefühlstheorien der Depersonalisation etwas Richtiges enthalten ist.

Wir knüpfen an unsere Ausführungen über Noesis und Noema. Wir hoben hervor, daß die Art, wie ich einen Gegenstand meine, für den gemeinten Gegenstand als solchen von Belang ist. Ein aufmerksam erfaßter Gegenstand weist parallel den Änderungen, welche der erfassende Akt erfuhr, in seinem noematischen Bestand gleichfalls Veränderungen auf. Dieser wichtige Parallelismus zwischen Noema und Noese ist von uns bereit in der Besprechung des Gefühlslebens der Depersonalisierten hervorgehoben worden. In unserer Einleitung ist jedoch hervorgehoben worden, daß ein ähnlicher, eigenartiger Parallelismus zwischen dem sinnlichen Gefühlsbestandteil und der Zuwendung zu ihm besteht. Wir führten aus, daß das Lustbetontsein des Gegenstandes gleichsam eine lustvolle Zuwendung fordert. Wir müssen also sagen, die Änderungen im Noema entsprechend der Änderung der Noese, haben in dem Parallelismus von Gefühl und Gefühlszuwendung ein gewisses Gegenbild. Wir verstehen so, weshalb die Änderungen im Noema, welche parallel zu der Widersprochenheit des ausführenden Aktes erfolgen, eine gewisse innere Verwandtschaft mit gefühlsmäßigen Veränderungen zeigen. Es ist also parallel mit dem psychischen Akte das aktmäßig Erfaßte in seiner inneren Struktur verändert. Freilich ist das nicht irgend ein Gefühl, das sich zu dem Akt hinzuaddiert. Jene Theory von Löwy hindert an der Einsicht, daß die Zuwendung im Akte selbst schon eine veränderte ist.

V.

Die ersten Untersucher der Krankheit nahmen eine Abänderung des Sinnesmateriales an. (Krishaber, Taine, Ribot, Dilthey, Herzen). Ich glaube, man würde diesen Beobachtern bereits Unrecht tun, wenn man annehmen würde, daß sie nicht auch an eine Störung der Wahrnehmung gedacht haben. Und nun muß mit aller Schärfe hervorgehoben werden, daß ja eine Störung der Wahrnehmungsfähigkeit, wie das auch Störring erkannt hat, tatsächlich besteht.

(Freilich können wir sie nicht als konstituierend für die übrigen Störungen denken.) Auf die Fruchtbarkeit einer derartigen Betrachtungsweise hat insbesonders Pick verwiesen. Ich komme darauf noch eingehend zurück. Auch Majano scheint ähnliche Anschauungen zu vertreten. Hier muß auch Bergson erwähnt werden. Er nimmt eine Störung der sensomotorischen Relationen des Organismus an, welche zu einer Lösung des Kontakts, des reinen Ich mit der Realität führe. Man würde diesen Anschauungen nicht gerecht werden, wenn man sich nicht gegenwärtig hält, daß nach Bergson in jeder Wahrnehmung bereits ein motorischer Faktor enthalten ist und dieser Faktor allein durch Hirnläsion angegriffen werden kann. Wenn wir also die Anschauung Bergsons in unsere gewöhnliche Nomenklatur übertragen, so heißt das, daß das reine Ich (die reine Erinnerung) sich nicht in der früheren Weise der Eindrücke aus der Außenwelt bemächtigen kann. Diese Anschauung scheint mir aber sehr viel Richtiges zu enthalten.

Storchs myopsychische Theorie hat mit dieser Anschauung nur eine oberflächliche Ähnlichkeit. Sie kann wohl eher den Coenästhesietheorien angereiht werden. Hier wird im Grunde wieder nur der Defekt der Wahrnehmungen dadurch erklärt, daß eine bestimmte Gruppe assoziierter Elemente ausfällt.

VI.

Eine Störung der Assoziationen ist keinesfalls als Ursache der Depersonalisation anzuschuldigen. Heymans dachte an eine zu geringe Wirksamkeit der Vorstellungen, die sich als Entfremdung geltend mache. Wenn aber die sich andrängenden Assoziationen zu schwach sind, müßte man erwarten, daß der Gegenstand nicht bloß fremd erscheint, sondern fremd ist. Das ist jedoch bei der Depersonalisation nicht der Fall. Wenn Heymanns von einer Schwäche der psychischen Energie spricht, so glaube ich allerdings, daß hierin etwas Richtiges gelegen ist.

Paulhan spricht von einem Überwiegen der Kontrastassoziationen, die eine Verminderung des Willens hervorrufe. Hierin scheint mir nur richtig zu sein, daß sich Widersprüche im seelischen Leben der Depersonalisierten tatsächlich ergeben.

VII.

Ich komme zu jenen Theorien, welche auf einen zentraleren Faktor rekurieren. Die wichtigsten dieser Theorien sind die von Dugas und Moutier, Hesnard und Janet.

Dugas und Moutier sprechen meines Erachtens mit Unrecht von einer Apathie der Kranken. Aber sie führen noch einen neuen Faktor ein, sie meinen nämlich, daß die Eindrücke jeder Art, die Erinnerungen, die gegenwärtigen Erlebnisse und auch die Projekte für die Zukunft ihren persönlichen Charakter verlieren. Sie werden erlebt, aber ohne affektive Qualität, und sie bringen für denjenigen, der sie erlebt, weder Schmerz noch Freude. Infolgedessen werden sie von ihm nicht als die seinen anerkannt und er kennt sie nicht mehr. Hier ist aber zu sagen, es ist nicht richtig, daß die Erlebnisse deswegen nicht anerkannt werden, weil sie keinen Gefühlston haben. Dugas und Moutier finden, daß die Assimilation an das persönliche Ich gestört ist. Es fehle der Persönlichkeitskoeffizient, jene persönliche Synthese, in denen die Verbindung zwischen dem

Empfundenen und dem Subjekt, das sie empfindet, hergestellt wird. Unseres Erachtens ist aber die Frage gerade die, wodurch denn dieser „Persönlichkeitskoeffizient" gegeben werde. Die Autoren haben sich hierüber nicht eindeutig ausgesprochen. Manche ihrer Äußerungen legen nahe, daß ihnen es nicht bloß die Gefühle sind, so bezeichnen sie am Schlusse ihrer Ausführungen die Depersonalisation als désordre diffus de l'activité mentale avec inémotivité prédominante. Eine nähere Bestimmung jedoch fehlt durchaus. Manche Stellen weisen darauf hin, sie seien der Ansicht, das Erleben der Depersonalisierten spiele sich abseits des Ichbewußtseins ab, eine Anschauung, die ich für unrichtig halten muß. Anderenteils heißt es am Schlusse ihres Buches, die Depersonalisation sei keine Störung der Persönlichkeit, sondern nur die Qualität der psychischen Zustände habe sich geändert.

Die ganze Darstellung erleidet meines Erachtens durch die häufige Heranziehung des Begriffes des Automatismus eine Einbuße.

Nach Dugas und Moutier haben die Patienten die instinktive Fähigkeit behalten zu Handeln, können aber ihre Handlungen nicht willkürlich durchführen. („Ils se sentent diminués ayant gardé le pouvoir instinctif, mais perdu le pouvoir volontaire d'agir et de penser.") Dann wären die Depersonalisierten sehr beneidenswert, sie gehörten dann zu jenen glücklichen Menschen, die Überlegungen nicht brauchen, um das Richtige zu treffen. Dann heißt es wieder im ähnlichen Sinne, während der Krisis sei der Wille vernichtet und der Automatismus allein spiele. Hierzu ist im Gegensatz, das an anderer Stelle (Seite 203) gesagt wird, daß die Depersonalisation keinen neuen Automatismus bedinge, sondern nur eine neue Form darstelle, in der die Beziehung des Individuums zur menschlichen Maschine zu Bewußtsein kommt.

Schließlich ist es nach allen diesen Ausführungen verständlich, daß die Autoren eine Brücke von den subjektiven zu den objektiven Störungen nicht finden. So heißt es Seite 217, die intellektuellen Fähigkeiten der Depersonalisierten seien intakt und wenn Aprosexie und Abulie einträten, hinge diese nicht von der Depersonalisation im eigentlichen Sinne, sondern von der Asthenie ab, die ja schließlich auch die Depersonalisation hervorgebracht hätte. Ich kann demgegenüber nur auf meine eigene Darstellung verweisen.

Dugas hatte in seiner ersten Mitteilung in dem Automatismus noch stärker betont als in der zuletzt erwähnten Studie.

Grasset hat gleichfalls davon gesprochen, der unbewußte Automatismus würde in der Depersonalisation der Kranken bewußt, daher rührten die Störungen. Ich kann mich auch nicht mit dieser Fassung einverstanden erklären, wiewohl sie zweifellos Richtiges enthält. Ich würde es so formulieren, daß die Kranken häufiger bewußte Denk- und Willensanstrengungen setzen müssen, um zu einem bestimmten Ziele zu gelangen. Doch gilt das, wie im vorangehenden nachgelesen werden möge, nicht für alle Fälle.

Janet hat meiner Ansicht mit Recht hervorgehoben, daß die Verminderung der geistigen Synthese, die Verminderung der Systematisierung, der Einheit der im Bewußtseinsfelde vereinigten Elemente für das Verständnis der Depersonalisation herangezogen werden müssen. Das Gefühl des Automatismus, des Beherrschtseins, der unfreiwilligen Handlung rührt nach ihm daher, daß die Handlung nicht mit der ganzen Person verknüpft wird. Wir selbst haben deskriptiv darauf verwiesen, daß der Erlebnishintergrund der Depersonalisierten

einen Protest gegenüber der jeweiligen Wahrnehmung oder Betätigung enthält. Und dieser Widerspruch färbte das Wahrnehmen und die Betätigung. Auch wir haben ausgeführt, daß die Kranken diese Abänderung ihres gesamten Lebens in einem neuen Akte wahrnehmen und ihr jetziges Dasein den früheren gegenüberstellen. Man vergleiche hierzu den folgenden Passus aus Janet.

„Die dritte Tatsache, die eine große Rolle spielt, wenn nicht in der Konstitution, so doch wenigstens in dem Ausdruck der Unvollständigkeitsgefühle, ist die Erinnerung an den geistigen Zustand vor der Krankheit oder den geistigen Zustand, der von Zeit zu Zeit dank der nach aufwärts sich wendenden Oszillation der nervösen Spannung wieder auftritt. Die Kranken vergleichen unwillkürlich ihren gegenwärtigen Zustand mit dem einstigen. Aus diesem Grunde nennen viele sich verändert und behaupten, daß sie eine andere Person geworden sind ..... es scheint mir, daß sie nicht ganz Unrecht haben, denn es ist sicher, daß sie nicht mehr das sind, was sie waren ......

Noch einen Schritt weiter und die Kranken werden das Gefühl haben, daß sie ihre Persönlichkeit verloren haben, oder wenigstens ihre alte Persönlichkeit, daß sie nicht mehr sie selbst sind. Das Gefühl der Depersonalisation ist nur eine Art innerer Wahrnehmung der Störung der Realitätsfunktion. Es ist eine Form des Gefühls der Fremdheit, des Unvollständigen, des Irrellen, das sich an die Persönlichkeit knüpft, anstatt an die Dinge draußen geknüpft zu werden. Der Kranke konstatiert, daß er nur noch auf automatische Weise handelt, daß er die Vergangenheit wiederholt und sich nicht mehr an die Gegenwart anpaßt, er hat ein unbestimmtes Wissen davon, daß Leben; Handeln heißt, und daß das Unvermögen, seine Gedanken, seine Wünsche auf eine gegenwärtige Handlung zu konzentrieren, bedeutet, nicht mehr eine Persönlichkeit zu sein. Diese Bemerkungen übersetzen sich in ein Gefühl des nicht mehr als Persönlichkeit-Existierens, des Verschwindens der ehemaligen Persönlichkeit.“ (Nach der Übersetzung von Oesterreich.)

Gegen diese Darstellung habe ich nur einzuwenden, daß das Wesentliche der Depersonalisation, wie der folgende Abschnitt zeigen wird, nicht die Unfähigkeit zur Anpassung an die Wirklichkeit ist, sondern die Unfähigkeit, Gegenstände, sei es nun, daß diese Wirklichkeit oder nur phantasiert sind, voll zu fassen.

Hesnards Anschauungen berühren sich weitgehend mit denen Janets. Auch er begeht den Irrtum, den wir in den vorangehenden Zeilen herausgestellt haben. Er nimmt eine Insuffizienz der Perzeption an, die nur dadurch zustandekomme, daß die gegenwärtige Persönlichkeit zu vollen Synthesen nicht fähig ist. Er verkennt, daß die Unfähigkeit der Depersonalisierten sich auch auf ihre Phantasien erstreckt. Auch er spricht davon, daß Automatismus bei den Patienten vorhanden ist. Als Grundlage nimmt er eine Asthenie an, die sich in Amnesien, Aprosexie, Abulie und Affektstörungen äußere. Auch er verkennt, daß die Denkstörungen noch in einer viel engeren Beziehung zur Krankheit stehen. Sie sind nicht bloß die (hypothetische) Ursache der Depersonalisation. Es ist nicht richtig, daß die Depersonalisierten vor der Depersonalisation Abulie, Aprosexie etc. zeigen. Und selbst, wenn dies der Fall ist, die Erscheinungen werden stets mit dem Eintritt der Depersonalisation schwerere. Auf die genetische Psychologie der Depersonalisation komme ich übrigens noch mehrfach zurück.

Es bleibt noch anzuerkennen, daß Geißler richtig hervorgehoben hat, daß die Depersonalisation im wesentlichen dann zustande kommt, wenn wir uns mit einer Sache beschäftigen, während der Wunsch besteht, sich einer anderen zuzuwenden. In wie weitgehendem Maße dies richtig ist, haben ja die früheren Ausführungen gezeigt.

Löwenfeld und Kutzinski sprechen von Apperzeptionsstörungen. Löwenfeld mißt der Angst noch eine besondere Bedeutung zu. Uns erscheint der Begriff der Apperzeption ein zu allgemeiner und ungeklärter zu sein. Würden wir uns der Wundtschen Termologie bedienen, würden wir allerdings von Apperzeption sprechen; wir haben uns aber bemüht, diese Störungen näher zu charakterisieren. Daß der Widerspruch gelegentlich durch Angst repräsentiert wird, scheint mir eine richtige Beobachtung zu sein.

Schließlich noch einige Worte über Heveroch. Dieser Autor kommt dazu, eine besondere Funktion anzunehmen, die er als Ichtum bezeichnet. Seine Ausführungen sind vielfach dadurch mangelhaft, daß er das eigenartige „als ob" der Depersonalisierten verkennt und die Aussagen der Kranken zu wörtlich nimmt, im übrigen berühren sich seine Ausführungen weitgehend mit denen von Hesnard und Janet. Von einer besonderen Funktion des Ichtums zu sprechen, halte ich für nutzlos und verweise auf meine vorangegangenen Ausführungen.

VIII.

Ich präzisiere also meine eigene Anschauung nochmals dahin.

Bei der Depersonalisation sind die Wahrnehmungen, die Gefühle, die Erinnerungen, die Willensakte und die Denkleistungen widersprochen. Die Widersprochenheit oder Unechtheit eines Aktes ist ein deskriptiver Charakter des Aktes selbst. Es lassen sich jedoch weiterhin stets deskriptiv im Hintergrunde des Erlebens der Depersonalisierten die widersprechenden Tendenzen aufweisen.

In den klassischen Fällen der Depersonalisation erstreckt sich die Widersprochenheit auf das gesamte Erleben. Es läßt sich jedoch zeigen, daß eine weitgehende Selbständigkeit in den einzelnen Erlebnissphären besteht. Es können sowohl die Gefühle als auch die Wahrnehmungen gesondert Widerspruch erfahren. Bezüglich des isolierten Widerspruchs gegenüber Willens- und Denkvorgängen stehen beweisende Beobachtungen aus, doch ist zweifellos, daß sich derartiges früher oder später wird aufweisen lassen (vgl. übrigens auch Fall 7). Die Erinnerungen können isoliert widersprochen sein, auch kann eine scharfe Scheidung in bezug auf die Widersprochenheit der Gegenwart und der Vergangenheit bestehen.

Es wäre also falsch, die Widersprochenheit irgend einer Gruppe psychischer Elemente als Ursache der Widersprochenheit anderer anzusehen.

Das Erleben wird von dem Individuum nicht anerkannt, weil es eben widersprochen ist. Das Individuum vergleicht es mit seinem früheren Erleben und bezeichnet sich je nach der Extensität der Widersprochenheit und je nach der Schwere der Widersprochenheit als mehr oder minderschwer in seiner Persönlichkeit gestört. Die Angaben über die Verdoppelung der Persönlichkeit beruhen darauf, daß während der Selbstbeobachtung das Erleben mit der Tendenz zum aktuellen Erleben behaftet ist.

Der abnorme Seelenzustand begünstigt abnorme Einstellungen des Denkens, welche objektive Störungen auf dem Gebiete des Gedächtnisses, der Intellektualität und des Handelns hervorrufen.

Fonction du réel und Autismus.

Janet hat in überaus feinen Darlegungen versucht, auf Grund eines ähnlichen Krankenmaterials eine Hierarchie des Seelischen aufzustellen. Die höchststehende Funktion des Seelischen ist für ihn die „fonction du réel". Er findet einen Realitätskoeffizienten in allen seelischen Leistungen, den höchsten in jenen, wo eine kräftige, soziale und physische Wirkung ausgeübt wird. Er findet ihn aber auch in der Wahrnehmung, in der einheitlichen Erfassung der Persönlichkeit. Die gewohnheitsmäßige Handlung, die Handlung ohne Bewußtsein der Einheitlichkeit und inneren Freiheit birgt ihn nicht. Er fehlt dem mechanischen Gedächtnis der Träumerei. Ist es wirklich berechtigt derartig zu gruppieren? Der Depersonalisierte Oberst Krishabers, der Kranke Balls, wirken im realen Leben und in der Sozietät. Gleichwohl fehlt ihnen das, was Janet als die fonction du réel bezeichnet (ähnliche Einwände bei Sollier). Der phantastische Lügner, der Wahnbeherrschte haben aber die fonction du réel ebenso wie der tatenlose Träumer, der voll in seinen Phantasien lebt. Also die Wirklichkeitsfunktion im Sinne des Alltags ist es gar nicht, die das Wesen unserer Erkrankung ausmacht und die „fonction du réel" hat nichts mit dem Leben in der Wirklichkeit zu tun. Also was ist das für eine Funktion, die gestört ist, was ist eigentlich die fonction du réel? Unsere Analysen sind in dieser Hinsicht eindeutig. Das Ich geht nicht voll auf in den von ihm vollzogenen Akten. Es ist die Funktion der inneren Einheit der Persönlichkeit, die verloren gegangen ist, die Akte, die vom Ich ausgehen, enthalten nicht das ganze Ich, oder anders ausgedrückt: Das Individuum geht nicht voll auf in der Wahrnehmung, im Denken, im Urteilen, im Erinnern und Vorstellen. Wir stoßen auf die paradoxe Tatsache, daß wir um so mehr Ich selbst sind, je rückhaltloser wir uns den Gegenständen zuwenden und in ihnen aufgehen. Wir sind dann am meisten Ich, wenn wir dem Ich und seinen Handlungen unsere Aufmerksamkeit nicht zuwenden. Das erste Zeichen der Depersonalisation ist quälender Selbstbeobachtungszwang. Die Depersonalisation lehrt uns, daß ich Gedanken auf zweifache Art denken kann: Ich kann in den Gedanken aufgehen unter dem Gefühl des Glückes der inneren Einheit oder ich kann sie leichthin und nebenher denken, ihnen innerlich nur halb zugewendet. Wir betonen nochmals: Die Depersonalisierten leiden unter der Unfähigkeit sich der Außenwelt hinzugeben, leiden unter dem Zwang nicht ihr, sondern den eigenen Akten zugewendet zu sein, sie leiden aber auch unter der Unfähigkeit in der eigenen Gedankenwelt zu leben. Sie leiden darunter, nicht den Gegenständen im Sinn von Twardowski, Lipps, Meinong, Husserl zugewendet zu sein, in diesem Sinne, Gegenstände wirklich und einheitlich zu erfassen, ist die fonction du réel.

Wir werden uns klar machen müssen, daß die Störungen die Janet als Verlust des Sinns für die Wirklichkeit bezeichnet, nichts zu tun haben mit dem, was Bleuler und die Schweizer Schule als Autismus bezeichnen. Bleuler selbst ist sich über diesen Unterschied nicht klar geworden, er hält nur den Begriff Sinn für die Wirklichkeit für zu weit. Es handelt sich um Störungen, welche

überhaupt nichts miteinander zu tun haben. Das autistische Denken im Sinne Bleulers besteht darin, daß der Kranke in einer Welt für sich lebt und den Kontakt mit der Außenwelt fast vollkommen verloren hat. Bleuler bezeichnet diese Loslösung von der Wirklichkeit im Verein mit dem Überwiegen des Binnenlebens als Autismus. Hier liegt seiner Ansicht nach ein Denken vor, das von affektiven Bedürfnissen regiert wird. Es ist sofort zu sagen, auch der autistisch denkende Kranke ist in seinem autistischen Denken enthalten. Er hat also den einheitlichen Vollzug der Akte. Hier können Äußerungen Freuds erwähnt werden, welcher das paranoische System als einen Heilungsversuch und als eine Abwehrreaktion bezeichnet. Er hat wohl die gleichen deskriptiven Tatbestände im Auge.

Freilich ist es denkbar, daß sich der Kranke dem autistischen Denken im Sinne Bleulers nicht voll zuwendet, weil das reale Denken dem autistischen Denken aus tieferer Schichte widerspricht. Derartige Kranke hätten dann die fonction du réel im Janetschen Sinne gegenüber dem autistischen Denken verloren. Ich glaube, daß hiermit der Nachweis erbracht ist, daß das autistische Denken mit den uns interessierenden Störungen nichts zu tun hat.

Andernteils muß hervorgehoben werden, daß der Depersonalisierte durchaus den Gesetzen des logischen Denkens folgt, daß er die strengen Bedingungen des richtigen Denkens erfüllt.

Bleuler selbst hat diejenigen Fälle vermerkt, wo das autistische mit dem realen Denken in Widerspruch gerät und er vermerkt, daß diese Patienten sich beklagten, die Wirklichkeit sehe anders aus als früher; die Dinge und Personen seien nicht mehr das, als was sie bezeichnet würden, seien anders, fremd und hätten keine Beziehungen zu den Patienten. Er führt folgende Äußerung einer Patientin an: sie „hat angefangen sich in ein ganz anderes Leben hineinzudenken; wenn sie dann verglich, war alles anders; auch der Geliebte ist gar nicht so wie sie sich ihn vorstellt.“ In der Tat ist meines Erachtens die Deutung, die Bleuler diesen Fremdheitseindrücken gibt, gerechtfertigt Auch ich glaube, daß ein Widerspruch aus einer anderen Schichte des Denkens an derartigen Erscheinungen Schuld trägt. Jung hat derartige Erscheinungen als erster bei der Dementia praecox verzeichnet.

Es hat sich also ergeben, daß die Schizophrenen den Gebilden ihres Wahnes gegenüber, den Wirklichkeitssinn im Sinne von Janet besitzen können. Es verweist das darauf, daß die bisher gegebenen Einsichten noch nicht das volle Icherlebnis umschreiben, daß durch sie noch nicht umgrenzt wird, was Bergson mit der wahrhaft freien Handlung meint, mit der Handlung, die aus der reinen Dauer stammt. Wir konnten bisher nur einer jenen Bedingungen aufweisen, welche die freie Handlung ausschließen. Wir werden im folgenden zeigen, daß für das Zustandekommen der freien Handlung, der repräsentativen Handlung der Persönlichkeit, nicht bloß die Vereinheitlichung der aktuell gegebenen Tendenzen notwendig ist, sondern daß sämtliche mögliche Tendenzen des Individuums vereinheitlicht sein müssen. Das erklärt auch die geringe Werthöhe des Erlebens einzelner Sinneseindrücke, von denen der aus der Ohnmacht erwachende gefesselt wird. Es ist die Zahl der aktuellen Tendenzen, die vereinheitlicht wird, eine äußerst geringe im Verhältnis zu der Zahl der in diesem Individuum möglichen Tendenzen. Die wahrhaft freie Handlung im Sinne Bergsons ist also auch in diesen Fällen des einheitlichen Aktvollzuges nicht erreicht. Ob die

Zuwendung zu den Gebilden des Wahnes ihr entspricht, kann an dieser Stelle nicht erörtert werden. Aber wir greifen voraus: Wir werden es später noch ausführen, daß hochwertige Synthesen anscheinend nur dann dauernd gelichtet werden, wenn das Individuum mit der Wirklichkeit in stetem Kontakt lebt.

Psychologische Differentialdiagnose der Depersonalisation.

Es liegen über die Differentialdiagnose der Depersonalisation eine Reihe von Äußerungen französischer Autoren vor. Doch haben weder Dugas und Moutier noch Hesnard genügend beachtet, daß die psychologische Differenz noch nichts besagt über die klinische Verwandtschaft. Klinische und psychologische Gesichtspunkte müssen vollständig getrennt werden. Das wird auch aus unseren späteren Ausführungen noch hinreichend deutlich hervorgehen. Es soll noch erörtert werden, unter welchen Kautelen man berechtigt ist, psychologische Kriterien zur Abgrenzung von Krankheitsbildern heranzuziehen. Im Sinne Wernickes möchte ich schon jetzt hervorheben, daß dem gleichen psychologischen Mechanismus Symptome zugrunde liegen können, welche wesensverschiedenen Erkrankungen angehören. Das hier Gesagte soll nur vor Mißverständnissen schützen, welche diese rein psychologische Abgrenzung treffen könnten.

Die prinzipielle Differenz gegenüber hysterischen Störungen ist darin gegeben, daß bei der Hysterie[1]) reale Krankheitserscheinungen produziert werden. Während der Depersonalisierte sagt: Wiewohl ich sehe, ist es mir als ob ich blind sei, sind beim Hysterischen tatsächlich Sehstörungen vorhanden. Die gleiche prinzipielle Differenz findet sich bei den Störungen auf anderen Sinnesgebieten. Es ist klar, daß man verschiedene Mechanismen für beide Störungen anzunehmen hat. Der gleiche Gegensatz findet sich auch auf den Gebieten der Vorstellungen und der Erinnerungen. Während der Hysterische Erinnerungsdefekte hat (auf deren Natur wir hier nicht einzugehen brauchen) sind solche beim Depersonalisierten nicht nachweisbar oder sie lassen sich wenigstens durch ganz bestimmte Störungen der Einstellung erklären. Auch die Störung des Gefühlslebens zeigt die gleichen Differenzen. Zur Gefühlslosigkeit der Hysterischen verhält sich die Gefühlslosigkeit der Depersonalisierten, so wie die Störung des Sehens, welche dem „Als ob ich blind wäre" zugrunde liegt, zu der hysterischen Amaurose. Die gleiche Differenz wiederum auf dem Gebiet des Persönlichkeitsbewußtseins. Bei der Hysterie erfolgt tatsächlich die Umwandlung einer „Persönlichkeit" in eine andere (auch hier verzichten wir zunächst auf eine genauere Analyse), der Depersonalisierte klagt, es sei, als ob er sich verändert habe, es sei, wie wenn er nicht existierte. Wichtiger als diese groben Unterscheidungen ist die Frage, wie wir Aussagen zu bewerten haben, die mit denen der Depersonalisation übereinstimmen, wenn daneben wirkliche Störungen der Sensibilität vorhanden sind. Ich gebe zunächst eine Beobachtung von Pronier wieder (die sich bei Sollier findet[2])).

[1]) Hysterie wird zunächst als Bezeichnung für einen Symptomenkomplex gebraucht, den wir in einigen Punkten skizzieren. Wenn wir von einer Krankheit Hysterie sprechen, machen wir das besonders kenntlich, die Existenz einer derartigen Krankheit ist strittig.

[2]) Le mécanisme des émotions. Leider war mir die Vorrede Janets zu dem Buche von Jastrow, die sich mit der Differentialdiagnose psychasthenischer und hysterischer Symptome beschäftigt, nicht zugänglich.

Ein 44jähriger, hereditär belastet, seit der Kindheit neuropathisch. Mit 22 Jahren im Anschluß an lebhaften Kummer Konvulsionen, gefolgt von Erregungen und Delir. Mit 25 Jahren unmerkliche Veränderung der Charakters, zunehmende Schwäche der Beine mit heftigen Zitteranfällen bei der geringsten Aufregung. Verschlechterung während der nachfolgenden zehn Jahre. Mit 35 Jahren Aufnahme in das Hospital, wo man außer der allgemeinen Schwäche Intentionstremor und Sprachstörungen konstatiert. Mit 41 Jahren anästhetische Stellen an der Vorderseite der Schenkel, dann Ausdehnung der Anästhesie, die allmählich den gesamten Körper betrifft, und zwar für alle Qualitäten gleichmäßig. Schließlich erfolgt eine völlige Lähmung des Bewegungsapparates. Die Kraft ist stark vermindert; Gehen ist fast unmöglich, die Mimik ist ausdruckslos, die Sprache ist langsam und gestört. Die Berührungsempfindlichkeit ist vollständig vernichtet, ebenso wie die Druckempfindlichkeit. Der Wärmesinn ist verschwunden. Die Analgesie ist vollständig. Die Schleimhäute der Bindehaut, der Zunge, des Pharynx etc. sind vollkommen unempfindlich gegenüber allen Reizen. Der Magen, das Rektum sind in gleicher Weise unempfindlich, die Muskelempfindung ist vollständig erloschen. Das Gefühl des Hungers und der Sättigung ist geschwunden. Das Bedürfnis des Wasserlassens und der Defäkation wird nicht gefühlt, der Kranke ist unrein. Der Gesichtssinn ist geschwächt, das Gehör ist fast normal, Geruch und Geschmack sind geschwunden. Die Haut und Sehnenreflexe sind geschwunden. Nach den Untersuchungen Solliers ist auch der Atemapparat und das Herz anästhetisch. „Ich weiß, sagt er, daß ich ein Herz habe, aber ich fühle es nicht schlagen, wenige Momente ausgenommen und dann nur schwach." Wenn ein Ereignis kommt, das ihn aufregen sollte, so fühlt er es nicht, er fühlt auch nicht seinen Atem und er weiß nicht ob er einen tiefen oder flachen Atemzug macht. „Ich fühle mich nicht lebend." In der ersten Zeit seiner Erkrankung überkam es ihn öfters, daß er glaubte tot zu sein. Er weiß nicht, ob er schläft oder ob er wacht. Bald schläft er einen schweren Schlaf, bald schläft er überhaupt nicht. Ich habe keinen Schlaf, wie alle Welt, und wenn ich erwacht bin faßt mich die Idee, daß ein Unglück über mich gekommen ist und ich habe Angst." Er denkt zeitweise an nichts. Wenn er an etwas denkt, so ist es seine Wirtschaft oder der Krieg von 1870, den er mitgemacht hat. Die Leute, die er gehen und kommen sieht, sind ihm vollkommen gleichgültig. Er legt sich keine Rechenschaft darüber ab, was sie tun. Bisweilen, sagt er, sehen sie wie unnatürliche Menschen aus, wie mechanische Menschen. Diese Störungen in der Wahrnehmung der Außenwelt durch den Gesichtssinn sind auch für das Gehör vorhanden. „Ich höre nicht mehr in der gleichen Weise, man könnte sagen, daß dies in meinem Ohre hallt, aber daß es nicht in meinen Kopf eintritt, es bleibt nicht lange daselbst." Seine Aprosexie ist vollständig und er ist unfähig, sich für irgend etwas zu interessieren.

Nichts macht ihm Vergnügen. Ich bin unempfindlich gegenüber allem, nichts interessiert mich, ich liebe niemanden und habe auch gegen niemanden Abscheu. Er weiß nicht einmal, ob es ihm Vergnügen machen würde, gesund zu werden und die Versicherung, die ihm gegeben wird, daß das möglich ist, ruft keine Reaktionen bei ihm hervor, weder Überraschung noch Zweifel. Das einzige, was ihn ein wenig zu erregen scheint, ist der Besuch seiner Frau. Wenn sie in den Saal kommt, „das gibt mir einen Stoß im Magen, aber sobald ich sie sehe, möchte ich, daß sie wieder fort ist." Häufig hat er Furcht, daß seine Tochter gestorben sei. „Wäre sie tot, ich glaube nicht, daß ich sie überlebte. Gleichwohl würde es mir nichts ausmachen, wenn ich sie nicht wieder sehen würde."

Die Vorstellungen sind verschwunden und er kann sich seine Frau nicht mehr vorstellen, wenn sie fortgegangen ist. Die Schwäche der Vorstellungen ruft bei ihm einen Zustand der Unsicherheit hervor. „Ich bin niemals sicher irgend einer Sache." Nichts überrascht ihn, nichts wundert ihn. Dieser Zustand von Apathie, von Indifferenz, von extremer, vielleicht vollständiger Unerregbarkeit, ist allmählich gekommen und entwickelte sich parallel zur Anästhesie.

Dieser Fall zeigt die weitgehendsten Parallelen zu den Fällen der Depersonalisation. Aber die gesamte Störung liegt, wenn ich so sagen darf, in einem anderen geistigen Niveau; dort, wo unsere Kranken darüber klagen, sie seien nicht erregbar, ist dieser Kranke nicht erregbar, dort wo sie klagen, sie könnten nicht vorstellen, kann dieser nicht vorstellen. Hier besteht tatsächlich affektive

Indifferenz, über welche die Depersonalisierten nur klagen[1]). Es stellt dieser Fall in geradezu klassischer Weise das hysterische Pendant zur Depersonalisation dar. Und es erhebt sich sofort die Frage, ob es nicht doch psychologische Übergänge zwischen beiden Formen gibt. Man kann sich ja in der Tat vielfach des Eindruckes nicht erwehren, daß die hysterische Störung ein höherer Grad der uns hier interessierenden sei. Wir erinnern, daß die Kranke Försters zeitweise angibt, sie sehe überhaupt nichts, daß d'Allonnes glaubt, in seinem Fall tatsächlich Sensibilitätsstörungen gefunden zu haben. Andernteils könnte man daran erinnern, daß auch die hysterischen Sensibilitätsstörungen gelegentlich dadurch überwunden werden können, daß man in die Kranken dringt, oder daß man ihre Aufmerksamkeit ablenkt. Die theoretische Möglichkeit von Berührungspunkten ist also gegeben.

Andernteils versagen auch diese schematischen Unterscheidungen gegenüber den hypochondrischen Beschwerden der Depersonalisierten. Man findet schon unter den Fällen Krishabers solche, welche zweifellos klinisch als Hysterien angesprochen werden müssen. Auch bei meiner Patientin Johanna finden sich eine Reihe hysterischer Zeichen: Wein- und Lachkrämpfe, Pseudohalluzinationen von Blut.

Schließlich bringt das Buch von Sollier eine Fülle von hierhergehörigem Materiale über Störungen, welche als Widersprochenheit des Erlebens angesehen werden müssen. In einem späteren Kapitel wird eine Reihe derselben wiedergegeben. Aber der Fall, den wir jetzt wiedergaben, ist in dieser Hinsicht am lehrreichsten.

Der Kranke, der gut hört, berichtet über das Gehörte, es dringe nicht in den Kopf ein (die Störungen des Gesichtsinnes sind ähnlich). Man wird nicht leugnen können, daß diese Störung den von uns beschriebenen entspricht. Der Gesamtzustand widerstrebt dem vollen Erleben auch auf einem einzelnen Sinnesgebiete.

Hier liegt der Fall vor, daß die hysterischen Störungen auf die nicht direkt betroffenen Sinnesgebiete sehr beeinträchtigend wirken. Es liegt hier ein Mechanismus vor, welcher dem beim Psychasthenischen und Depersonalisierten im wesentlichen entspricht. Ob nicht auch Klagen, wie die des Wietotseins und Angaben, wie die, daß die Menschen als Maschinen erschienen, bei den Kranken Solliers in dieser Weise als sekundär entstanden zu denken sind, muß dahingestellt bleiben. Man muß jedenfalls im Auge behalten, daß die Verdrängung auf einem seelischen Gebiete, die Widersprochenheit in anderen nach sich ziehen kann. Und im Einzelfalle wird es nicht leicht sein, festzustellen, welche Störung der Äußerung: ich bin wie tot, zugrunde liegt (vgl. Kapitel II).

Jedenfalls verweise ich auf diese komplizierten Zusammenhänge, welche geeignet sind, eindringlich vor Schematisierungen zu warnen. Es sei nochmals betont, daß die voranstehenden Ausführungen nichts zu tun haben mit der Frage nach der klinischen Beziehung psychasthenischer und hysterischer Zustände zueinander.

---

[1]) Man lese jedoch unsere Ausführungen zur Psychologie der Hysterie in den letzten Teilen des dritten Kapitels nach. Dieses Nicht-Vorhandensein des Vorstellungsvermögens etc. zeigt nämlich eine bestimmte Eigenart.

Die zweite Frage ist diejenige, ob psychologische Beziehungen zwischen den Gefühlshemmungen der Melancholischen[1]) und der Psychasthenischen bestehen. Es wird aus den vorangehenden Ausführungen bereits klar geworden sein, daß das Symptomenkomplex der Depersonalisation im wesentlichen der von den Autoren als Kardinalsymptom der Melancholie bezeichneten subjektiven Hemmung entspricht. Die Analyse der „Gefühlshemmung" bei Melancholischen ergibt keine wesentlichen Anhaltspunkte dafür, daß eine Differenz gegenüber der psychasthenischen „Gefühlsstörung" vorhanden ist. Ich glaube also, daß bei den Gefühlshemmungen der Melancholischen vielfach der gleiche Mechanismus vorliegt, wie bei der Depersonalisation. Bei einem von mir genauer untersuchten Fall war mir nun folgendes auffällig. Es gelingt sehr leicht, die Depersonalisierten zum Lachen zu bringen. Es gelang mir nicht bei dieser Kranken. Liegt hier nicht doch ein Zeichen dafür vor, daß neben der subjektiven Hemmung noch ein pathologischer Affekt der Traurigkeit besteht? Es würde sich dann nur um eine partielle Identität handeln, eine Entfremdung in bezug auf pathologische traurige Affekte. Es würde dann in diesen Fällen neben dem psychasthenischen Mechanismus, wenn ich so sagen darf, noch ein zweiter, davon vollkommen unabhängiger ablaufen. Doch ist das mir zugängliche Material zu gering, um definitive Entscheidungen treffen zu können. Die Unabhängigkeit der objektiven Hemmung von der subjektiven habe ich bereits hinlänglich eindringlich betont. Ich kann hier noch hinzufügen, daß ich die ausgesprochensten Grade der subjektiven Hemmung in Fällen mir nur geringer oder fehlender objektiver Hemmung gefunden habe. Bringt man hingegen schwer objektiv gehemmte Kranke zum Sprechen, so kommen Versündigungsideen zum Vorschein. Ich habe nach diesen Gesichtspunkten 8 Jahrgänge der Frauenaufnahmen der Leipziger Klinik durchgesehen. Das oben Behauptete hat sich bestätigt. Es scheinen also die Symptome subjektiver Hemmung zu denen objektiver, in keinen irgendwie bestimmten Verhältnissen zu stehen. Das mir zu Gebote stehende Material von subjektiver Hemmung mit gleichzeitig vorhandener objektiver Hemmung, macht es mir wahrscheinlich, daß die objektive Hemmung irgendwie mit dem traurigen Affekt in Zusammenhang steht. Doch sind darüber noch Untersuchungen im Gange (vgl. auch das folgende Kapitel II). Auch der pathologische Affekt der Traurigkeit kann also der „subjektiven Hemmung" unterliegen.

Die im Beginn der Dementia praecox schon von Jung beobachtenden Gefühle der Irrealität und des Traumhaften wird man vielfach direkt mit denen der Depersonalisation identifizieren dürfen. Ein psychologischer Unterschied gegenüber denen der Depersonalisation ist nur insoweit gegeben, als sie häufig nur vereinzelte im Gebiete des Seelischen betreffen. Das Gleiche kann man aber bezüglich der „Sentiments d'incompletude" der Psychasthenischen sagen. Es sind Teile des Gesamtsymptomenkomplexes der Depersonalisation[2]).

Ich glaube hiermit im wesentlichen die psychologische Differentialdiagnose der Depersonalisation abgeschlossen zu haben. Über die klinischen Beziehungen orientieren spätere Ausführungen.

---

[1]) Wir meinen wieder zunächst nur die so bezeichneten Gruppierungen von Symptomen.

[2]) Nach Jung und Bleuler ist ein großer Teil der Psychasthenischen Janets der Dementia praecox-Gruppe zuzuzählen, eine Auffassung, die mir sehr zweifelhaft ist.

Über die genetisch-psychologische Erklärung der Depersonalisation.

„Wenn wir — so führt Geiger in seinem Referate über die Einfühlung aus — ein Kind nach einem Apfel greifen sehen und sehen, daß es ihm nicht gelingt, den Apfel zu fassen und das Kind beginnt zu weinen, dann verstehen wir nicht nur die beiden isolierten Tatbestände: Das Nach-dem-Apfel-greifen und das Weinen, sondern auch den inneren Zusammenhang dieser Tatbestände, wir verstehen, daß das Kind traurig ist, weil es den Apfel nicht bekommen konnte. Diese Art des Verständnisses baut sich auf, auf einfachere Einfühlungserlebnisse, es ist ein Nacherleben, ein wirkliches seelisches Nachbilden der Erlebnisse des anderen. Dabei bleibt das Bewußtsein erhalten, daß die nachgebildeten seelischen Erlebnisse, die eines anderen sind.“ Auf dieses einfühlende Verstehen hat außer Geiger noch eine Reihe anderer Autoren hingewiesen, insbesonders Münsterberg, Elsenhans und Simmel (zitiert nach Geiger). Geiger hat bereits scharf darauf verwiesen, daß hier ein methodisches Erkenntnismittel der Psychologie vorliegt. „Wie wir uns selbst durch Selbstbeobachtung erkennen, so erkennen wir die anderen mittelst Einfühlen.“

Jaspers hat in einer Reihe von Arbeiten auf die Wichtigkeit dieses einfühlenden, nacherlebenden Verstehens hingewiesen und hat sich insbesondere um die Sonderung dieser verständlichen Zusammenhänge von kausalen Zusammenhängen bemüht. Es ist die Unterscheidung verständlicher und kausaler Zusammenhänge für die Psychiatrie zweifellos von methodischer Bedeutung.

Wir behandeln in diesem Kapitel ausschließlich die verständlichen Zusammenhänge in der Depersonalisation. Auf die kausalen wird erst im folgenden eingegangen werden.

Heilbronner hat sich in einer kleinen Studie bemüht zu zeigen, daß das Hauptsymptom der Melancholie die Hemmung sei. Er betont an dieser, wie auch an anderen Stellen, die Unsicherheit der Ableitung psychischer Symptome voneinander. Er bemüht sich an einem Depersonalisationsfall zu zeigen, daß die Hemmung imstande sei, die Verstimmung zu erzeugen. An sich muß zugegeben werden, daß das Bewußtsein nicht in der gleichen Weise tätig sein kann, nicht in der gleichen Weise zu fühlen als Ursache von Depressionen gedacht werden kann. Zwingend ist jedoch die Annahme eines derartigen Zusammenhanges keineswegs. Wenn auch die Möglichkeit derartiger Zusammenhänge zugegeben werden muß; sie scheinen mir nicht verwirklicht zu sein. Ich werde noch Gelegenheit haben zu zeigen, daß auch beträchtliche Grade objektiver Hemmung nicht immer bewußt werden müssen und daß sie, wenn sie konstatiert werden, in richtiger Weise eingeschätzt werden können. Wir haben ja im vorangehenden subjektive und objektive Hemmung prinzipiell geschieden, weil wir bei den extremsten Graden subjektiver Hemmung objektive Hemmung in dem gebräuchlichen Sinn des Wortes vermissen. Wir konnten nicht die eine als den geringeren Grad der anderen ansehen. Es ist zunächst die Aufgabe einer Psychopathologie der Melancholie, die objektive Hemmung einer minutiösen Untersuchung zu unterziehen und ihren Beziehungen zu dem traurigen Affekt und zu den Versündigungsideen nachzugehen. Ich kann keineswegs anerkennen, daß Hemmung das „Kardinalsymptom“ der Melancholie sei.

Aus dem hier gesichteten Material ergibt sich noch eines mit Bestimmtheit: Die ausgeprägtesten Grade subjektiver Hemmungen sind nicht mit Versündigungsideen vergesellschaftet. Man wird also Versündigungsideen nicht aus subjektiver Hemmung und aus subjektiver Hemmung nicht Versündigungsideen ableiten dürfen, wiewohl ein derartiger Zusammenhang an sich denkbar ist.

Wir können uns kurz fassen bezüglich der genetischen Ableitung der Einzelsymptome der Depersonalisation auseinander. Konstruktionen, welche die Störungen der Gefühle, der Aktionsgefühle, der Bekanntheitsqualitäten, der Willensvorgänge, der Assoziationen, der Wahrnehmungen etc. an die Spitze setzen und aus der Störung des einen psychischen Elements die Gesamtstörung ableiten wollen, mögen verständlich sein. Diese Zusammenhänge sind aber jedenfalls tatsächlich nicht gegeben und interessieren uns infolgedessen nicht weiter.

Wir haben die Möglichkeiten eines einfühlenden Verstehens mit den bisher vorgebrachten durchaus nicht erschöpft. Die verstehende Psychologie, wie sie sich in den letzten Jahrzehnten ausgebildet, hat auf eine Reihe ganz anders gearteter psychischer Zusammenhänge verwiesen. Strümpell und Möbius haben die einzelnen hysterischen Symptome aus bestimmten Vorstellungen abzuleiten versucht. So gibt Möbius an, die hysterischen Sensibilitätsstörungen zeigten in ihrer Ausbreitung jene Grenzen, welche der populären Vorstellung der einzelnen Glieder entspräche, ein unmittelbar einleuchtender verständlicher Zusammenhang (vgl. hierzu Jaspers).

Viel weiter ist Freud in derartigen Deutungen gegangen. Wir setzen das Wesentliche der Lehre als bekannt voraus und wenden uns sofort zu der Frage, inwieweit ähnliche Zusammenhänge in der Depersonalisation eine Rolle spielen.

Hier muß zunächst hervorgehoben werden, daß häufig im Beginn der Depersonalisation ein Affekt steht. Janet führt aus: „Das Gefühl der Depersonalisation, das bei Ver .... und bei Bei. so deutlich ausgeprägt war, hat bei beiden brüske und im Anschluß an eine Aufregung eingesetzt. Ver. wurde von seinem Lehrherrn bedroht, der in seiner Hand ein Instrument hielt, Bei. hat in einem Journal eine unglücklich endende Liebesgeschichte gelesen, die zum Suizid führte, die ihr mit ihren eigenen Erlebnissen identisch zu sein schien. Wenn bei diesen beiden Kranken das pathologische Gefühl zurücktrat, so ließ es eine neue Erregung wieder stärker hervortreten. „Das macht mir einen Eindruck im Kopfe und danach scheint es mir, ob nicht ich es wäre." Besonders instruktiv ist noch der erste Fall, den Krishaber mitgeteilt hat: Die akute Depersonalisationsattacke tritt im unmittelbaren Anschluß an eine heftige Erregung auf und verschwindet allmählich. Die Beispiele ließen sich leicht häufen. Man findet in den angeführten Krankengeschichten ein ausreichendes Material.

So haben auch Dugas und Moutier die Depersonalisation als Flucht aus der Wirklichkeit aufgefaßt, sich auf die gleichen Tatbestände stützend. Auch sie erwähnen, daß die Emotion die Depersonalisation häufig einleitet. Hier möchte ich nur noch hervorheben (was diese Autoren vernachlässigen), daß diese „Flucht"[1]) in die Depersonalisation den Kranken nicht das verschafft, was sie wünschen, denn der eigentliche Zustand der Depersonalisation ist den Kranken, wie man aus jedem Krankenblatt sehen kann, unendlich viel peinlicher

[1]) Man halte sich stets gegenwärtig, daß die hier vorliegenden Willensentschlüsse sehr oft latent bleiben (vgl. auch im folgenden).

als der tiefste Schmerz. Aber es muß diese „Flucht" näher charakterisiert werden. Sie stellt im Grunde den Versuch einer Überwindung des Erlebnisses dar. Diese wird in der Art versucht, daß sich das Individuum der Welt, den Gedanken und Ideen voll zuwendet. Glückt die vollständige Überwindung der Wirklichkeit, die reine Versenkung in eine Welt, die nicht der Realität des Alltags angehört, so kommt es zu Zuständen, die weit ab von allem Krankhaften liegen, zu Zuständen, welche dem hohen kontemplativen Glück der Denker entsprechen. Das scheint mir zum Teil wenigstens bei Amiel vorgelegen zu haben. Es sind das Zustände, die deskriptiv psychologisch weit von der Depersonalisation entfernt sind. Jede Unechtheit ist geschwunden, das Individuum erlebt in einheitlicher und tiefer Weise seine Erlebnisse außerhalb der alltäglichen Dingwelt, oder besser, außerhalb der realen Konfliktswelt. Es bestärkt uns eben in der Zuversicht, in die Richtigkeit unserer Analysen, daß sie uns zu allgemeinen Resultaten führen, welche sich dem täglichen Leben einfügen. Freilich muß auch hier noch beachtet werden, daß dann das Denken eben doch der Wirklichkeit, wenn auch in einem anderen Sinne zugewendet bleibt und nicht in eine autistische Welt abirrt. Die Freudsche Schule spricht von Sublimierung und verbindet damit die Vorstellung umgewandelter sexueller Triebkräfte. Wir sehen in dieser Verwindung des Konfliktes eine Vereinheitlichung der Tendenzen, vergleichbar der Vereinheitlichung des vollen Entschlusses. Die Flucht aus der Wirklichkeit kann aber auch in eine wirklichkeitsabgewandte Phantasiewelt führen, wie das unser Fall 6 zeigt. Das ist dann eine Flucht im engeren Sinne des Wortes.

Eine detailliertere Deutung läßt die Beobachtung von Löwy zu (der Autor hat diese selbst vorgenommen). In diesem Falle handelt es sich darum, daß die ersten Erscheinungen dadurch determiniert wurden, daß das Mädchen bei dem Selbstmord eines geliebten Lehrers anwesend war. Dieser Lehrer tötete sich deshalb, weil er fürchtete, sich nicht entwickeln zu können. Während der Zeit der Depersonalisationen kommen zwangsmäßig Fragen: „Ob es eine Seele gibt, ob es eine Fortexistenz nach dem Tode gibt etc." Drei Monate nachdem der Lehrer gestorben war, fühlte sie sich nur Geist, nur Seele. Ihr Körper bleibt wie eine Leiche, die sie nicht angeht. Während in der ersten Zeit der Zustand angenehm ist, das Selbstgefühl erhalten bleibt, tritt allmählich der Depersonalisationszustand in seiner quälenden Form auf. Ich glaube, daß in diesem Falle der Nachweis geglückt ist, daß die Patientin versucht, durch die Depersonalisation ein bestimmtes Erlebnis zu verwinden — ein Versuch, der eben mißglückt ist.

Der erste Fall von Krishaber weist mir darauf hin, daß es nicht bloß sexuelle Erlebnisse sind, welche die Depersonalisation bedingen.

Auf einen Fall möchte ich noch besonders verweisen. Es ist der von Touche. Hier wurde der Vater der Patientin durch einen Straßenunfall getötet. Im Anschluß daran kann sich die betreffende Person nicht in Gegenwärtiges hinein versetzen, während sie voll in der Vergangenheit erleben kann. Ein ähnliches instruktives Beispiel rührt von Dugas her.

In meinen eigenen Fällen ist es mir nicht immer gelungen, überzeugend Ähnliches nachzuweisen. Gottfried klagt zwar häufig über Sexuelles, spricht auch gelegentlich (nach Fragen) von Inzestgedanken, doch läßt sich nicht erweisen oder wahrscheinlich machen, daß hierin der Symptomenkomplex seinen Ursprung genommen hätte. Auch bei Johanna lassen sich eine Reihe von Momenten nachweisen, die auf eine psychogene verständliche Entstehung

hindeuten. Sie erkrankt unter Herzerscheinungen, nachdem sie in Sorge gewesen ist wegen eines Herzleidens ihres Mannes. Mehr war trotz aller Bemühung nicht mit Sicherheit zu eruieren. Es muß also gesagt werden, daß es nicht in allen Fällen in gleicher Weise gelingt, den Symptomenkomplex psychologisch verständlich zu machen[1]).

Am überzeugendsten sind die Zusammenhänge in meinem Fall III. Bei R. S. schließt sich die erste Attacke an den bewußt gewordenen Wunsch an, über dem Leben zu stehen, da er sich tatsächlich dem Leben nicht gewachsen fühlte. Alle neueren Verschlimmerungen des Zustandes schließen an äußere Momente an, das eine Mal erschrickt er über das Aussehen seines Bruders, das andere Mal hörte er einen Zustand, der dem seinen ähnelte als Dementia praecox bezeichnen. Schließlich ist es als Besonderheit zu bezeichnen: Neben der Depersonalisation finden sich bei unserem Kranken paranoische Bildungen vor, die gleichfalls verständlich erklärt werden können. Wie bereits erwähnt, war er von seinem Vater ungenügend unterstützt worden. Er selbst meint hierzu, er könne sich nicht entschließen, daran zu glauben, daß ein Vater so handeln könne. Und als er bei der Bitte um Unterstützung von einem Geheimrat nur mit einer geringen Summe abgespeist worden war, meint er, er könne nicht glauben, daß man ihn einfach als lästigen Bittsteller angesehen habe. Es müßten doch dem Handeln des Vaters und des Geheimrats tiefere Gründe innewohnen. Die Annahme ist naheliegend, daß er sich diesen Glauben schafft, um seiner inneren Beschämung zu entgehen. Schließlich wird gerade hier aus der Vorgeschichte deutlich, daß Willensschwäche und Unfähigkeit die Wirklichkeit zu bewältigen, zu seinem Charakter gehören.

Bei der Wichtigkeit, welche die Frage nach der Wertigkeit den Freudschen Theorien zukommt, ist es geboten, sich näher klar zu machen, in welcher Weise denn jene halbe Flucht aus der Wirklichkeit sich charakterisiert. Wir haben immer wieder auf die Tatsache des widersprochenen Erlebens verwiesen. Wir müssen sagen, daß als Ausgangserlebnis der Depersonalisation ein Affekt gedacht werden kann (und die Tatsachen scheinen bis zu einem gewissen Grade recht zu geben) der übermächtig ist und das bisherige Leben unerträglich macht. Im allgemeinen sucht der Nervöse sich von vorneherein gegen derartige übermächtige Erlebnis zu sichern. „Es gibt eine Feigheit des Nervösen, die einen tiefbegründeten Selbstschutz bedeutet. Er gerät in Schlaffheit und Apathie, wo er Zornesaffekte zu bewältigen hat, er lebt sich in Blasiertheit und Teilnahmslosigkeit hinein, wo die menschliche Mitempfindung ihn aus der Fassung zu bringen droht. Er vermeidet Gedankenkomplexe, die mit starker Gefühlsbetonung einhergehen, er meidet das Aktuelle und lenkt sich ab auf Nebensächlichkeiten" (Anton). Überrascht ihn aber das Erleben, so sind ihm zwei Möglichkeiten gegeben: Das Erleben zu verwinden oder sich darüber hinwegzutäuschen. Die Depersonalisation stellt den Versuch der Überwindung dar. Es ist bemerkenswert, daß Ti. und R. S. ihre ersten Attacken nicht so schmerzhaft empfinden, und daß Ti. sich mit einem Philosophen vergleicht, der über die Realität erhaben ist. Es ist bemerkenswert, daß eine Patientin Böttigers erst nach einigen Tagen ihren Zustand als schrecklich empfindet.

---

[1]) Zu vergleichen ist auch die Studie Abrahams, mit der ich mich jedoch an dieser Stelle nicht ausführlicher auseinandersetzen kann.

Es ist mir nicht wahrscheinlich, daß das hypothetische Trauma als Widerspruch ständig vorhanden ist. In den Fällen, die ich selbst beobachtet habe, war der Widerspruch durch die Tendenz der Selbstbeobachtung repräsentiert. Es ist denkbar, daß der Komplex im Sinn der Schweizer Autoren durch sie vertreten wird. Doch wir wollen uns nicht in Hypothesen verlieren. Es muß jedenfalls hervorgehoben werden, daß sich uns, die wir gewiß von einer ganz anderen Grundlage, der Phänomenologie, ausgingen, eine Reihe von Anschauungen ergeben, welche Berührungspunkte haben mit den Theorien von Bleuler und Jung einerseits und Freud[1]) andererseits. Unseres Erachtens ist zu fordern, daß, wofern die Freudschen Lehren etwas Richtiges an sich haben, nicht bloß eine einzige und noch dazu anfechtbare Methode (vgl. hierzu Isserlin) zu ihnen führen darf. Vielleicht zeigen unsere Ausführungen, daß immanente Kritiken (Kronfeld) bei dem gegenwärtigen Stand der Dinge durchaus nicht angezeigt sind.

Wir fügen jetzt eine Beobachtung an, bei der der psychologische Tatbestand relativ eindeutig ist: Die Depersonalisation (daß es sich um eine solche handelt, geht aus der Krankengeschichte hervor, die aus den Archiven der Klinik stammt)[2]) ist das Resultat einer heimlichen Angst. Aber diese Angst schwindet vollkommen in dem Momente, wo die Erfüllungswahnidee hervortritt, und sie tritt wieder auf als die Erfüllungswahnidee verschwindet (man ziehe übrigens die Ausführungen Löwenfelds und Strohmayers heran, welche der Angst im Symptomenkomplex der Depersonalisation eine wesentliche Bedeutung zuschreiben).

Leider ist die Klinik des Falles nicht so eindeutig. An Hysterie kann gedacht werden, doch ist wohl eine Dementia praecox wahrscheinlicher. Katamnestische Erhebungen waren leider erfolglos. Ich erhielt vom Vater nur die Auskunft, die Tochter lebe außerhalb und die Familie wünschte, der Aufenthalt der Tochter in der Klinik möge in Vergessenheit bleiben. Sie ist also doch wohl gesund geworden?

Fall 6. C. E. G., geb. 1875. Familienanamnese belanglos. Die Eltern und ein älterer Bruder sind gesund. Nach den Angaben der Eltern stellt sich die Vorgeschichte folgendermaßen dar.

Sie ist zu normaler Zeit geboren und hat sich normal entwickelt. Von Kindheit auf war sie eigenartig, wollte sich nie von der Mutter trennen, sie schrie, wenn sie nicht bei ihr bleiben konnte. Sie hat fast alle Kinderkrankheiten durchgemacht. Sie hat immer sehr gut gelernt, war lange Jahre Klassenerste. Das letzte Vierteljahr war sie wegen ihrer Krankheit dispensiert. Sie war anhänglich, zärtlich und gutmütig, gleichwohl tyrannisierte sie das ganze Haus, nahm keine Rücksicht, wenn sie irgend etwas haben wollte. Seit einiger Zeit kann sie nichts vom Tode hören, sie kann keinen Leichenwagen sehen, kann nicht am Friedhof vorübergehen. Spricht viel vom Sterben. Auch in früherer Zeit hat sie viel geklagt, ohne ernsthaft krank zu sein und verlangte nach ärztlicher Behandlung. Vor 4 Jahren war sie mit einem Vetter verlobt, doch wurde diese Verlobung von der Mutter des Bräutigams zu hintertreiben versucht. Die Verlobung besteht jetzt noch fort, doch gab es fortwährend heftige Szenen mit den Verwandten des Bräutigams. 3 Wochen vor der Aufnahme verschlimmerte sich der Zustand sehr, sie glaubte sterben zu müssen, fürchtete eine Magenkrankheit und ist sehr erregt. Tut immer das Gegenteil von dem, was von ihr verlangt wird. Zog sich nicht mehr ordentlich an, aß mit den Fingern, trank viel Bier, manchmal schrie sie heftig, dann ging sie wieder schlecht, konnte nicht Eisenbahn fahren.

[1]) Es orientieren über die Lehre die Schriften von Hitschmann, Mittenzwey.
[2]) Herrn Dr. Quensel bin ich zu Dank verpflichtet, daß er mich auf diesen Fall aufmerksam machte.

Über ihren Zustand vor der Aufnahme orientieren wohl am besten ihre Aufzeichnungen, von denen ich eine folgen lasse.

„Wie fing doch mein Leiden an? Sonderbar, so oft ich schon das Verlangen hatte, augenblickliche Eindrücke niederzuschreiben, ich habe es nie vermocht, ohne mir das Vergangene klar zu legen und immer zu wiederholen. — Als ob altes und neues zusammengehörig. — Mit 11—12 Jahren „wie ist mir". Mit 14—15: „Wer bin ich". Dann kamen die wahnwitzigsten Vorstellungen, z. B. „Bin ich eine Fensterscheibe, durchsichtig, klar, die Lebens- und Wesenserscheinungen zeigen doch dieselbe Materie. Dann hörten alle sachlichen Vergleiche auf und ich lebte bis zum 19. Jahre ungefähr (nur mit kurzen Ruhepausen) immer nur danach suchend, welches von allen Gefühlen nun mein „Ich". Und da mischte ich körperliches Empfinden mit geistigen Gefühlen wild durcheinander, bis das Durcheinander eine etwas bestimmtere Färbung annahm in der quälenden Frage „sind wir Geist in unserem Hauptgefühl oder Körper." Mein Seelenglaube half mir schnell, diese Frage zu erledigen: Natürlich sind wir Geist, dieser Geist ist unser Wesensgefühl und der Körper ist eben nur eine Begleiterscheinung ...... Um diese Zeit lernte ich meinen Bräutigam kennen, wenn auch nicht gleich lieben, so fing dennoch ein neues Leben für mich an und ich fühlte mich verstanden und neu belebt ...... Aber es dauerte nicht lange, so wendete sich mein altes Leiden wieder, wenn es auch eine andere Richtung nahm. Bis zur Raserei steigerte sich meine Verzweiflung, die ich nicht in Worte zu fassen vermochte. Wenn ich ruhig, so mußte ich z. B. krampfhaft nachdenken, wie wohl sich meine Eltern, mein Bruder, mein Verlobter im Wesen fühlen mögen und wurde krank und traurig, in der Erkenntnis, daß ein Mensch des anderen Wesensgefühl nie zu verstehen vermag und weinte tagelang. Ich kam nie zu euch, ich muß immer allein sein .... Daraus entstand das Gefühl, daß ich überhaupt nicht zu meiner Umgebung könne. Dann wieder habe ich mich wochenlang bis zum Wahnsinn vor meinem Kopfe gefürchtet, die Vorstellung, lauter Blut um mich herum zu haben, machte mich toll ... So ging es bis zum 21. Lebensjahr weiter, ich tat dann Arbeit, soviel ich mußte, nicht haarbreit mehr, raste, tobte, schrie monatelang, war ebenso lange ruhig in mich gekehrt, dann kamen Monate, wo andere Interessen stärker waren als mein kostbares Ichgefühl. Ich verlobte mich, und noch vor dem Tage meiner öffentlichen Verlobung brach mein Wahnsinn im vollen Umfange aus, ich litt maßlos ..... Wirklich schien es, als werde es besser mit mir (sie hatte früher die Äußerlichkeiten ihrer Verlobung geschildert). Ich erstarkte körperlich, fing an zu arbeiten .... und teilte vor allen Dingen alle geistige Arbeit mit meinem Verlobten. Ab und zu hatte ich heftige Angstanfälle und hatte bei Anstrengung gegen Abend eine furchtbare Kopfschwäche .... Ich hielt nicht nur mein wahres ewiges Ich für geistig, sondern das geistige Selbst für eine ganze Person, den Körper für ganz nebensächlich. Dann durfte ich auch nie allein sein und nie in mich hineinsinnen. Das ging bis zu Ostern 1898 ...... Aus dieser Angst entstand die Frage, was ist Seele, woraus ist Geist, dann erkannte oder glaubte deutlich zu erkennen, daß alles von meinem Wesen, das ich für rein geistig gehalten hatte, Materie und Körper ist, daraus entstand der wahnsinnige Schmerz, kein Ich, keine Seele zu haben, dazu eine wahnsinnige Furcht und Angst vor der Fleisch- und Blutmasse meines Körpers, die gräßlichsten Vorstellungen von der Zusammensetzung des Körpers. Und schließlich trafen alle diese Gefühle im Gehirn und faßten sich in der Frage zusammen, ist unser Lebensgefühl geistig oder körperlich?"

Eine Reihe von ähnlichen Schriftstücken bringen die gleichen Gedanken in wenig geänderter Form. Am 21. XI. 1899 wird sie in die Klinik aufgenommen. Die körperliche Untersuchung ergibt, zahlreiche Druckpunkte, im übrigen nichts Auffallendes. Bei der Aufnahme jammert die Patientin fortwährend und verlangt nach ihrer Mutter, wirft sich mehrfach auf die Erde. Sie jammerte die ganze Nacht über Beklemmungen und verlangte bald dieses, bald jenes. Die Verzweiflungsausdrücke sind affektiert und übertrieben, die Orientierung ist eine ausgezeichnete. Am 23. XI. verlangt sie, jammert nach dem Besuch ihrer Mutter, als es ihr abgeschlagen wird, springt sie im Bett empor, „ach Gott, meine Mutter ist gestorben. Ich muß hier im Irrenhaus bleiben!" Auch der Vater und der Bräutigam seien tot. Sie hat „Nebelbilder" gesehen. Sie habe alles das gesehen, was sie vorher betrachtet habe. Als sie vom Tode der Mutter spricht, sieht sie Himmelstränen herabfallen, nach denen sie greift. Im Laufe des Tages sagt sie, im Saal seien Todesanzeigen verlesen worden, man sprach von 5 Gräbern. Nachmittag seien ihr Blumen- und Totenkränze erschienen, darinnen ihre Eltern. Sie werde belogen, verrückt gemacht, müsse in Kürze sterben. Im ganzen wird

sie ruhiger und zeigt keinen stärkeren Affekt. Auch in den nächsten Tagen gibt sie an, ihre Mutter zu hören, dieselbe sei hier im Haus, sie raste, weil sie ihre Tochter nicht zu sehen bekomme, man möge sie zu ihrer Mutter lassen, auch wenn diese wild und tierisch sei. Das ganze macht einen spielerischen Eindruck.

Am nächsten Tag jammert sie wieder um ihre Eltern, die gestorben seien.

Am 28. XI. beginnt sie wieder um Hilfe zu schreien, verkennt fast alle Personen oder gibt sich wenigstens den Anschein. Am 29. XI. ist sie einsichtiger, gibt aber an, von vielen Erlebnissen nichts zu wissen. Im nächsten Monat ist sie vollkommen klar, äußert nur zeitweise hypochondrische Ideen und Befürchtungen betreffs der Mutter. Sie klagt über ein Gefühl unangenehmer Leere im Kopf und hat meist gegen Abend starke Angst. Sie beschuldigt sich in einem Briefe nach Hause, sie habe sich mit ihrem Bräutigam vergangen. Man hat aber im ganzen den Eindruck, daß es ihr mit allem wenig ernst ist. Bis zu ihrer Entlassung am 20. II. 1900 tritt eine wesentliche Änderung nicht ein.

Am 6. VIII. 1900 kommt sie freiwillig in die Klinik, klagt über große Unruhe und Angst, sie sehe es vor sich, wie sie tobsüchtig würde. Es treten heftige Angstanfälle auf, der Schlaf ist schlecht. Sie stöhnt, sie müsse sterben, schreibt verzweifelte Briefe nach Hause, klagt über Schmerzen.

Am 16. VIII. ist sie sehr erregt, läuft jammernd im Zimmer umher, habe keine Luft, müsse sterben, sie wird in den nächsten Tagen zwar etwas ruhiger, erzählt aber auf Befragen von Störungen der Empfindung, der Erinnerung, des Selbstgefühls.

Sie hat oft das Gefühl, als seien die Finger abgestorben. Der Kopf wird weich, fällt zusammen, sie ist schon tot, der Atem geht nicht tief hinein in die Brust, wenn sie etwas berührt, hat sie sonderbare Empfindungen in den Fingerspitzen. Beim Denken hat sie das Gefühl, als ob Geist und Körper getrennt seien. Es ist, als wenn sie in verschiedenen Momenten eine ganz verschiedene Person sei. In fremder Umgebung muß sie sich erst allmählich eingewöhnen, auch Bekannte kommen ihr nach kurzer Trennung ganz fremd vor. Bisweilen sind ihr die Bekannten und die anderen Menschen überhaupt, wie Wesen ganz anderer Art, so daß sie sich selbst vor ihrer Mutter fürchtet.

Am Abend ist sie wieder außerordentlich ängstlich. Sie klagt über Atembeklemmungen. Am 30. VIII. ist sie die Nacht hindurch außerordentlich laut und erregt, schreit um Hilfe, weint, weigert sich Schlafmittel zu nehmen und äußert Suizidabsichten. Am nächsten Morgen erzählt sie, sie sei mit dem Arzt verheiratet. Schreit viel. Sie redet bei der Visite am 31. VIII. den Arzt mit Du an „Verzeihe mir doch", sucht ihn festzuhalten. Von nun an schreibt sie unaufhörlich Briefe an den Arzt, in der Vorstellung, mit ihm verheiratet und von ihm gravide zu sein. Im übrigen ist sie klar. Beteuert immer, es sei keine Täuschung, daß Dr. Qu. ihr Mann sei, sie könne es beweisen, fühlt sich in anderen Umständen, spricht viel von ihrem Kinde. Schreibt eine Menge Briefe an ihren vermeintlichen Gatten und unterzeichnet mit dessen Namen. Sie deutet Zufälligkeiten im Sinne ihrer Vorstellungen und bringt immer mehr Personen ihrer Umgebung in Beziehung zu ihren Vorstellungen. Die Oberin bezeichnet sie als Mutter des Doktors und nennt sie Frau Geheimrat. Eine Pflegerin bezeichnet sie als Tochter derselben, den Geheimrat bezeichnet sie als Schwiegervater. Ihre Stimmung ist gehoben, singt und lacht, schwelgt im Liebesglück und ist Korrekturversuchen gegenüber unzugänglich. Ihr körperliches Befinden ist auffallend gebessert.

Am 30. IX. verweigert sie die Annahme von Briefen, die auf ihren eigenen Namen lauten. Sie sieht in sämtlichen Pflegerinnen gleichfalls Verwandte, versucht sie zu umarmen und zu küssen und nennt dieselben Du. Sie arbeitet fleißig, ihre Stimmung ist gehoben. Nur einmal vorübergehend ein Weinkrampf. Am 8. X. hält sie noch immer an ihren Vorstellungen fest und zieht immer mehr Personen in ihre krankhaften Vorstellungen ein. Ihre Äußerungen machen einen etwas läppischen Eindruck. Ihre Mutter bezeichnet sie als Mama, gleichzeitig die Oberin als Mutter. Am 12. X. kniet sie nachts vor der Pflegerin nieder und versucht sie zu liebkosen und ruft „wenn zehn sprechen, kann ich doch nichts verstehen". Sie wird nachts überhaupt unruhig, hört Stimmen, Dr. Qu. habe zu ihr gesprochen und von der Vergangenheit erzählt. Auch habe er verschiedene Anspiegelungen gemacht „Du bist eine Prinzessin", der Geheimrat sagte, „harre aus mein Kind". Jetzt sind auch wieder Schmerzen auf der Brust, Angstgefühl und Herzklopfen gekommen, Beschwerden, die in der letzten Zeit schon verschwunden waren. Das System wird weiter ausgearbeitet, auch nach der Vergangenheit hin. Die Personen der Umgebung werden sämtlich als Verwandte

bezeichnet, der Geheimrat wird als Vater tituliert, trotzdem erkennt sie ihre Eltern an (16. X. 1900). Bis zum 11. November 1900 sind nachts meist Atemnot und Herzbeschwerden vorhanden. Häufig hört sie nachts ihren Mann Dr. Qu. und ihren „kaiserlichen“ Schwiegervater (der Geheimrat) auf sie einsprechen. Sie kann jedoch die Worte nur sehr schwer verstehen. Häufig kommen phantastische Größenideen, sie sei Gräfin, sehr reich. Ihre wahnhaften Vorstellungen konzentrieren sich um ihre Verheiratung. Man hat oft den Eindruck des Gekünstelten und die ganzen Wahnbildungen machen mehr den Eindruck von Phantasiegebilden. Gegen Ende November kommen häufig Äußerungen, welche darauf hindeuten, daß sie ihre Vorstellungen modifiziert. Doch hält sie bis zu ihrer Entlassung daran fest, daß sie Frau Dr. Qu. sei. Nur die Idee der Schwangerschaft hat sie aufgegeben, nachdem nach mehrmonatiger Pause am 5. XII. die Menses wieder eingetreten waren.

Sehr bald kommt sie jedoch wieder in die Klinik (2. I. 1901). Jetzt treten die alten Beschwerden wieder auf, sie beschäftigt sich mit den Wechselbeziehungen zwischen Geist und Körper, sie glaube oft ein Geist zu sein, dann wieder halte sie sich für Fleisch, wie es von den Schlachttieren beim Fleischer hinge. Sie wirft u. a. die Frage auf, ob der Körper dazu da sei, der Seele einen Aufenthaltsort zu gewähren oder ob diese den Körper nur in Bewegung setze. Nachts hört sie wieder Stimmen, die aus den Gängen gekommen seien. (5. I. 1901.) Die Patientin unterzeichnet zwar jetzt mit ihrem richtigen Namen, nichtsdestoweniger hält sie wieder an der Idee der Kohabitation fest. Sie müsse irrsinnig werden, wenn sie sich sagen solle, das sei alles Einbildung gewesen. Sie könne sich ja selbst dann nicht mehr trauen. Der referierende Arzt vermerkt, daß anscheinend eine wirkliche Leidenschaft die Kritik lähme und die Korrektur verhindere. Die Ängstlichkeit und die Atemnot faßt er als einen Ausdruck der Erregung bei spontanen Korrekturversuchen auf. Die Wahnidee blaßt zwar im folgenden immer mehr ab, doch hält sie an der Idee der Kohabitation fest. Je mehr aber die Ideen zurücktreten, desto mehr treten die Ideen, daß sie Geist sei, daß sie sterben müsse, unter heftigen Angstgefühlen und Atemnot auf. Auch bei der Entlassung am 18. II. sind noch Reste vorhanden. Auch sind Stimmen noch da, sie versteht sie aber gar nicht. Die Grübeleien über Seele und Körper stehen im Vordergrund, sie hat unzählige hypochondrische Beschwerden. Die Atemnot und die Beschleunigung der Pulsfrequenz nehmen oft bedrohliche Formen an.

Es handelt sich also um eine Patientin, welche seit ihrem 11. Lebensjahre von metaphysischen Zweifeln geplagt wird, im 21. Lebensjahr kommt es in unmittelbaren Zusammenhang mit einer Verlobung zu einer akuten Psychose, in der Angstgefühle dominieren. Sie hört die Stimme ihrer Mutter. Sie halluziniert auch optisch. Sie beschuldigt sich, sich mit ihrem Bräutigam vergangen zu haben. Dann tritt der ausgesprochene Symptomenkomplex der Depersonalisation auf, der ungemein quälend ist, er schwindet, als die Patientin zu der Idee gekommen ist, Frau eines Arztes der Klinik zu sein und von ihm gravid sei. Im Anschluß daran entwickelt sie ein ausgesprochenes Wahnsystem (zum Teil unter doppelter Buchführung!). Sie ist ruhig und glücklich. In dem Momente, als die Wahnideen schwinden, trat neuerdings ihr metaphysischer Zweifel, die Angst und die hypochondrischen Beschwerden auf. Sie hält an der Idee der Kohabitation fest, „um nicht irrsinnig zu werden“. Je stärker die Idee abblaßt, desto lebhafter werden ihre Beschwerden.

Fälle dieser Art zeigen, wie viel Richtiges in der Lehre Freuds enthalten ist, daß die Wahnidee einen Heilungsversuch bedeutet.

Wir können also zusammenfassend sagen, daß wir den Symptomenkomplex der Depersonalisation unter dem Gesichtspunkt der Flucht, vor vollem Erleben nachfühlend verstehen können. Es ließ sich aus dem nicht voll verwundenen affektvollen Erlebnis der deskriptive Charakter der Widersprochenheit des Erlebens beim Depersonalisierten verstehen. Bezüglich der inhaltlichen Sphäre der Erlebnisse konnte eine Bevorzugung sexueller Inhalte als Krankheitsursache nicht erwiesen werden. Wir dürfen uns jedoch nicht darüber täuschen, daß das

nacherlebende Versehen, das innerliche Nachbilden der Zusammenhänge nicht zu den gleichen Graden der Evidenz führen kann und in diesem Falle auch nicht führt, wie das kausale Verständnis. Auch erreicht das einfühlende Nacherleben nicht jene Klarheit der Anschauung, wie sie die deskriptive psychologische Zergliederung bringt.

Auch bin ich mir sehr wohl bewußt, daß hier nur Gesichtspunkte und Andeutungen, aber keine abschließenden Ergebnisse dargeboten werden konnten.

Die klinische Bedeutung der Depersonalisation. Ein Beitrag zur Lehre von den Symptomenkomplexen.

Seit dem Referate Hoches über die Melancholiefrage ist viel die Rede gewesen von Symptomenkomplexen. Soweit ich jedoch die Literatur überblicke, liegt eine eingehendere Studie im Sinne der Hocheschen Ausführungen bisher noch nicht vor. Im folgenden soll ein derartiger Versuch unternommen werden.

Die Ausführungen Hoches gipfelten in folgenden Sätzen: „Die bisherigen großen Krankheitsbilder haben sich, das wird heute kaum jemand im Ernste bestreiten wollen, als zu ausgedehnt erwiesen, um Einheiten darzustellen. Die einzelnen Elementarsymptome wiederum sind zu klein. Ich glaube nun, daß wir weiter kommen werden, wenn wir den Versuch machen würden, Einheiten zweiter Ordnung zu finden, gewisse immer wiederkehrende Symptomenverkuppelungen, die wir sehen lernen werden, wenn die Aufmerksamkeit erst darauf eingestellt sein wird.“ Hoche selbst führt die Hypochondrie, die Neurasthenie, die Hysterie als Beispiele an. Er ist der Ansicht, daß einzelne dieser Syndrome im Seelenleben des Normalen vorgebildet sind.

Es ist nicht meine Absicht, die Lehre von dem Symptomenverkuppelungen historisch darzustellen. Es sei nur hervorgehoben, daß Hoche im wesentlichen auf die Lehren Wernickes zurückgreift. Wernicke baut seine psychiatrische Systematik auf das eingehende Studium von Symptomenkomplexen auf und er hat auch die uns hier interessierende Symptomenverkuppelung treffend beschrieben und analysiert.

Das Unternehmen, die Depersonalisation eingehender klinisch zu studieren, scheint schon deswegen berechtigt, weil in der Literatur eine große Reihe von divergenten Ansichten niedergelegt sind.

Krishaber spricht von einer eigenen Krankheit, die er als Neuropathie cerebrocardiaque bezeichnet. Einen recht nahestehenden Standpunkt nehmen Dugas und Moutier ein, welche den Symptomenkomplex als eine besondere Form im Rahmen degenerativer Zustände auffassen. Janet reiht die uns interessierenden Fälle, zusammen mit den Zwangserscheinungen und einer Reihe anderer Fälle, seiner Psychastheniegruppe ein. Juliusburger, der einige Fälle gesehen hat, spricht von Pseudomelancholie und scheint geneigt, diese als Untergruppe der Dementia praecox zu betrachten. Allerdings diagnostiziert er in einem der Fälle Melancholie. In der ersten Publikation ist von Dementia praecox noch nicht die Rede. Mit Entschiedenheit stellt sich Juliusburger erst in seiner vorletzten Abhandlung auf diesen Standpunkt. Urstein reiht die Fälle rückhaltlos der Dementia praecox an, da er eine intrapsychische Disharmonie bei ihnen zu entdecken glaubt. Heilbronner spricht sich wieder für die Diagnose Melancholie aus, da ihm die sogenannte subjektive Hemmung, die

Diagnose der Melancholie hinreichend zu sichern scheint. Auf die subjektive Hemmung legt ja auch die Jungheidelberger Schule Gewicht und Wilmanns berichtet über eine hierher gehörige Beobachtung, die er dem manisch-depressiven Irresein zuzählt. Eine ähnliche Auffassung leuchtet bei Kahn durch. Hirt entschließt sich zu der gleichen Diagnose. Man sieht, daß eine Einigung nicht erzielt ist.

Es könnte gewagt erscheinen, auf Grund eines relativ spärlichen persönlichen Materials, an diese Frage heran zu treten. Es liegen jedoch in der Literatur eine große Reihe von verstreuten Beobachtungen vor, die sich zum Teil auf eine sehr lange Beobachtunsgdauer stützen. Wegen des psychologischen Interesses, das diese Fälle bieten, sind die Krankengeschichten meist mit besonderer Sorgfalt wiedergegeben. Ein großer Teil der Widersprüche rührt daher, daß die Autoren voneinander nicht Kenntnis genommen haben und die Kasuistik nicht genügend berücksichtigt haben. Jedenfalls glaube ich, daß auf Grund des vorliegenden Materials eine ausreichende Beurteilung der klinischen Bedeutung des Zustandsbildes möglich ist, ja, ich hoffe sogar, Tatsachen beibringen zu können, welche für die allgemeinen Fragen der psychiatrischen Systematik von Bedeutung sind.

In dem Anhang sind die vollständiger beschriebenen Fälle aus der Literatur im Auszug angegeben. Ich hoffe, daß mir nichts Wesentliches entgangen ist. Wir benützen als Ausgangspunkt unserer Erwägungen durchaus die Systematik Kraepelins. Im Verlauf der Untersuchungen soll hervorgehoben werden, inwieweit Abweichungen von dieser notwendig erscheinen. Noch eine Vorbemerkung: Es wird selbstverständlich nicht jede unserer diagnostischen Erwägungen in den einzelnen Fällen überzeugend wirken. Man halte sich jedoch die Gesamtheit des Materials vor Augen. Selbst, wenn sich unsere Anschauungen bezüglich dieses oder jenes Falles als unhaltbar erweisen sollten, so wäre damit unsere Gesamtdarstellung noch keineswegs erschüttert.

Der Gang der Untersuchung ist der, daß wir zunächst die funktionellen Psychosen in den Kreis unserer Betrachtung ziehen. (Manisch-depressives Irresein und Neurosen im weitesten Sinne.) Die überwiegende Mehrzahl der Fälle gehört in diese Gruppe.

Ich beginne die Untersuchung mit der Betrachtung der beiden ersten Fälle Böttigers. Es handelt sich um Erkrankungsfälle von außerordentlich langer Dauer. In dem ersten Falle besteht die Störung seit 30 Jahren, in dem anderen seit 20 Jahren. In beiden Fällen hat die Störung plötzlich eingesetzt. Der Patientin kam der Zustand zunächst komisch vor, bei dem zweiten Patienten setzt sie ein mit einer abnormen Lebhaftigkeit des Interesses. Es ist erwähnenswert, daß keine Angaben darüber bestehen, daß die Patienten schon vorher von der Norm abwichen. In einem Fall besteht hereditäre Belastung (Migräne, Nervosität, und eine nicht näher bezeichnete Geistesstörung), in dem anderen besteht keine hereditäre Belastung. Bemerkenswert ist ferner, daß in dem zweiten Falle eigenartige ekstatische Zustände bestehen. In diesem Fall wird auch sonst von Schwankungen des Zustandes berichtet. In dem ersten Falle muß die Patientin, ohne daß sie will, über das Erlebte nachdenken. Wir stoßen sofort auf große Schwierigkeiten, wenn wir eine Klassifikation dieser Zustände versuchen. Das Symptomenbild entspricht ja fast vollkommen dem, was Kraepelin, Wilmanns, Dreyfus als subjektive Hemmung bezeichnen. Andererseits muß ausdrücklich betont werden, daß durch die Untersuchungen Janets erwiesen ist, daß bei

Nervösen sich die wesentlichen der hier vorhandenen Symptome aufzeigen lassen. Janet spricht von Psychasthenie und faßt unter dieser Bezeichnung zusammen die Zwangserscheinungen und diejenigen Symptomenbilder, welche in Deutschland vielfach als konstitutionelle Neurasthenie bezeichnet werden. Es scheint also die symptomatologische Betrachtungsweise zu versagen, wenn auf Grund der Symptomatologie auf die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe sogenannter funktioneller Geistesstörungen geschlossen werden soll. Wir müssen also versuchen, auf Grund anderweitiger Momente zu einem Urteil zu kommen. Nun muß gesagt werden, daß in beiden Fällen von einem bestimmten psychischen Trauma nicht die Rede ist. Von spezifisch psychasthenischen Erscheinungen ist nur zu vermerken, daß der erste Fall ein sehr lebhaftes Krankheitsgefühl besitzt, und daß eine Andeutung von Zwangsdenken besteht. Beiden Erscheinungen wird man kein zu großes Gewicht beilegen dürfen. Sie finden sich, wie je genügend bekannt, auch bei depressiven Zuständen nicht selten. Wollte man hingegen manisch-depressives Irresein diagnostizieren, so wäre der apoplektiforme Beginn auffällig. Auch sind meines Wissens depressive Attacken von derartiger Dauer kaum beschrieben. Allerdings bliebe die Annahme möglich, daß eine depressive Konstitution erst in einem bestimmten Lebensalter eingesetzt habe. Doch entspricht das ganze Zustandsbild einer derartigen Annahme nicht. Man könnte schließlich die Angaben der Patienten über die lange Dauer des Zustands in Zweifel ziehen und meinen, in einer depressiven Phase stellte sich das vorangehende Leben verändert dar. Damit ist jedoch nicht in Einklang zu bringen, daß im allgemeinen die Patienten dieser Art über das Tatsächliche ihres vorangehenden Lebens stets sehr genau referieren. Es bliebe noch zu erörtern, ob die eigenartigen Zustände, die der zweite Patient beschreibt, in denen ihm die Natur schön vorkommt etwa als interkurrente manische Phasen gedeutet werden können. Diese Annahme erscheint zwar möglich, doch immerhin etwas gezwungen. Auch die Heredität gibt keine bestimmtere Möglichkeit der Beurteilung. Wir müssen also sagen, daß Kriterien, welche uns die Fälle eindeutig zuordnen ließen, nicht vorhanden sind.

Wir müssen uns also zu weiteren Fällen wenden, ob diese eine striktere Deutungsmöglichkeit ergeben.

Wir wenden uns zu jenen Fällen, in denen gleichfalls nur von einer Attacke berichtet ist. Am interessantesten ist uns hier der Fall 1 von Juliusburger. Hier besteht eine Familienanamnese, welche für manisch-depressives Irresein sprechen würde. Nach der Selbstschilderung des Kranken wäre man berechtigt anzunehmen, daß es sich um eine konstitutionell Verstimmte schon vor der Erkrankung gehandelt hat. Die Patientin gibt an, die geringsten Kleinigkeiten hätten einen furchtbaren Eindruck auf sie gemacht, Rügen hätten sie so tief niedergedrückt, daß sie an nichts mehr Freude gehabt hätte. Seit dem Tode ihrer Mutter fehlte ihr der natürliche Frohsinn und sie hätte im Leiden Genuß gefühlt. Allerdings stimmten die Angaben ihres Bruders nicht mit den Angaben der Patientin überein. Dieser gibt an, die Patientin sei lebhaft, heiter und eigensinnig gewesen. Die Erkrankung dauert hier unter Schwankungen etwa 10 Jahre. Es wechselten Besserungen und Rückschläge miteinander ab. Auch in diesem Falle besteht die Möglichkeit einer bestimmten Zuteilung nicht. Allerdings scheint manches für manisch-depressives Irresein zu sprechen. Es ist dies übrigens der einzige Fall, wo manisch-depressive Antezedentien in der Familie

nachweisbar sind. Der Verlaufsform nach könnte man an hartnäckige Psychasthenie denken. Es ist zu erwähnen, daß ein psychisches Trauma den ersten Erscheinungen voranging. Durch die Untersuchungen von Reiß haben wir jedoch von der schematischen Lehre absehen gelernt, daß der Nachweis einer auslösenden Ursache gegen Formen des manisch-depressiven Irreseins sprechen müsse.

Auch eine weitere Reihe von Fällen bringt die erwünschte Aufklärung nicht. Der Fall von Ball zeigt eine 7jährige Krankheitsdauer. Das Einsetzen ist apoplektiform, doch findet nach einigen Jahren noch eine Steigerung statt. Von psychischen Ursachen ist nichts erwähnt. Der Fall Ver.[1]) von Janet zeigt einen apoplektiformen Beginn. Der Patient war als Kind bald eigensinnig, bald willenlos. Die Eltern werden als nervös bezeichnet. Noch instruktiver ist der Fall Bei. des gleichen Autors. Wieder Beginn im unmittelbaren Anschluß an Aufregung. Interessant ist der Verlauf; nach 2 Jahren treten an die Stelle des Symptoms der Depersonalisation ausgesprochene Zwangserscheinungen. In dem Falle Pl. besteht hereditäre Belastung im Sinne neurotischer Disposition. Die Depersonalisation stellt sich im Anschluß an eine Niederkunft ein. In dem vierten Fall Böttigers fehlen Angaben über den Verlauf, so daß man sich eines Urteils überhaupt enthalten muß. Die Ausbeute der Fälle dieser Gruppe ist nur insofern von Belang, als für Ver. ein psychopathischer Charakter wahrscheinlich ist. Am wesentlichsten ist, daß der Zustand von Bei. in Zwangsvorstellungen ausklingt. In der Antezendenz der Patienten finden sich ausschließlich Neurosen. Alle vorhandenen Angaben reichen nicht mit Sicherheit aus, die Frage nach der nosologischen Stellung endgültig zu erklären. Sie scheinen jedoch eher im Sinn von Neurosen zu sprechen.

Der Fall Wernickes verläuft in zwei Attacken, von denen die erste im Anschluß an Überanstrengung auftritt. Schon vor der Erkrankung sind Beschwerden vorhanden, welche Wernicke als hysterisch bezeichnet, die wir jedoch eher als neurasthenisch deuten möchten. Die erste Attacke dauert 4 Jahre, die zweite, die im Anschlusse an das Klimakterium aufgetreten ist, 3 Jahre. Zwangserscheinungen sind angedeutet.

Viel häufiger sind jedoch diejenigen Fälle, wo auf einen kurz dauernden ersten Anfall eine Serie weiterer folgt oder wo sich nach einem kurzen Anfall ein länger dauernder einstellt. In dem Falle Hirts trat das Leiden zunächst nur etwa alle halbe Jahre einmal auf bevor der Zustand chronisch wurde. Die Dauer dieser kurzen Anfälle betrug eine halbe Minute bis eine Minute. Geradezu klassisch ist in dieser Hinsicht der Fall Löwys, in dem angenehme, gleichgültige und unangenehme Zustände zunächst kurz dauernd, allmählich immer länger werdend, auftreten. Dieser Fall ist uns besonders auch deswegen beachtenswert, weil das Zustandsbild durch psychische Momente determiniert erscheint. Beides, die kurzdauernden Anfälle und diese weitgehende Determination der Symptome, läßt weit eher an eine Neurose denken.

Wir wenden uns jetzt wieder jenen Fällen zu, in welchen mehrfache Attacken von längerer Dauer bestehen. Zunächst sei der Fall von Bernard-Leroy, Deny und Camus angeführt. Vom 17.—25. Lebensjahr häufig Migräne. Sie

[1]) Daß der eigentlichen Erkrankung eine „anfallartige Attacke" voranging, sei vermerkt.

wird als leicht erregbar geschildert. Die erste Krise mit 43 Jahren von einjähriger Dauer. Von neuem beginnt eine in ihrem 45. Lebensjahr, sie ist nach zwei Jahren noch nicht abgeklungen. Auch hier spricht, trotz der Periodizität, der ganze Verlauf eher für eine Neurose, wiewohl sichere Kriterien nicht vorhanden sind. In dem Falle von d'Allonnes entwickelt sich die Krankheit auch in mehreren Schüben. Die erste Krise mit 24 Jahren von sechsmonatlicher Dauer, die zweite tritt in ihrem 32. Lebensjahr auf und dauert zwei Jahre, eine weitere kommt in ihrem 37., noch eine in ihrem 49. Lebensjahre. Sie erkrankt jetzt mit 52 Jahren. Die Symptomatologie und die Familiengeschichte ist nicht auffällig. Sie wird als leicht erregbar und affektiv veranlagt geschildert. In dem dritten Falle Böttigers besteht keine hereditäre Belastung. Mit 17 Jahren hat sie zum erstenmal die Erkrankung, die ohne besondere Veranlassung anfangs selten auftritt, jetzt (im 38. Lebensjahr) alle ein bis zwei Jahre. Die Zustände beginnen allmählich, Zwangserscheinungen sind vorhanden. Auch die Patienten Oesterreichs zeigen einen periodischen Verlauf der Erkrankung. Ti. hat schon im 14. Lebensjahr eine Depersonalisationsattacke. Die schwere Erkrankung tritt im 20. Lebensjahre auf. Auch Prau hat mit 15 Jahren eine Attacke. Einige Jahre später treten neurasthenische Beschwerden auf. Mit 31 Jahren beginnt die jetzige Erkrankung, die etwa 4 Jahre lang dauert. Keine Zwangserscheinungen, nichts von Heredität. Auch in dem Falle Försters, der eine 49jährige Frau betrifft und die erblich nicht belastet ist, tritt die Erkrankung in Attacken auf. Die erste fand im 16. Lebensjahre statt, jedes folgende Jahr wiederholt sich die Störung. Die letzte Attacke bestand nach 3jähriger Dauer noch fort. Zwangserscheinungen waren vorhanden. Die Patientin Dd. Janets stammt aus einer belasteten Familie. Sie hat als Kind Ohnmachten gehabt. Schon bei der ersten Schwangerschaft bestand ein Depersonalisationszustand, der bei der dritten wieder einsetzte. Die 32jährige Pot. hat eine an Zwangszuständen leidende Mutter, sie war immer ernst und leicht beunruhigt. Mit 24 Jahren zum erstenmal psychasthenische Beschwerden. Nach der dritten Geburt im Anschlusse an zweimaliges Erschrecken der Symptomenkomplex der Depersonalisation. Es treten jedoch keine Zwangsvorstellungen auf. Dauer sechs Monate.

Allen hier erwähnten Fällen ist gemeinsam, daß sie in ausgesprochener Weise in Schüben verlaufen. Während in einer Reihe von Fällen Gelegenheitsursachen angegeben werden, ist bei anderen davon nicht die Rede. Bei manchen Fällen werden sie sogar direkt negiert. Die Dauer der einzelnen Schüben ist eine außerordentlich wechselnde. Häufig kommt auch die Störung in der Form von Anfällen kürzester Dauer. Zwangszustände sind in einer Reihe von Fällen angegeben.

Eine besondere Beachtung verdient hier der Fall von Dugas, denn hier treffen die Depersonalisationsattacken zunächst die Erinnerungen, ein Verhalten, das gewiß außerordentlich schwer im Sinne des manisch-depressiven Irreseins gedeutet werden kann, denn eine auf die Erinnerungen beschränkte partielle subjektive Hemmung wird wohl kaum angenommen werden können. Der Patient konnte zunächst nicht an seine Vergangenheit glauben und zwar zunächst 1893 nur an die entferntere Vergangenheit nicht, 1895 und 1896 kommen neue Attacken, die sich aber wieder nur auf die Vergangenheit beziehen. Schließlich kommt es zum voll ausgebildeten Symptomenkomplex. Das, was mir wichtig erscheint ist, daß die Störung ausgesprochen periodisch auftritt, äußere

Veranlassungen nicht nachgewiesen sind, gleichwohl spricht die Symptomatologie gegen einen manisch-depressiven Zustand[1]).

Es sei jetzt über zwei Fälle von zirkulärer Verlaufsart berichtet. Unsere Patientin Johanna, welche von Hause aus, eine mehr passive Natur ist, und eine nervöse Mutter hat, erkrankt im Anschluß an das Wochenbett an Depersonalisation, mit 27 Jahren. Die Erkrankung klingt in der Art ab, daß nach etwa $^3/_4$jähriger Dauer allmählich Phasen von Euphorie sich einschieben bis die heitere Stimmung schließlich dauernd wird. Nach der Entlassung zeigt sich ein ausgesprochen hypomanisches Zustandsbild. Die neue Erkrankung setzt 3 Jahre später bei ausgesprochenen Motiven plötzlich ein. Auch in ihr finden sich Phasen auffallender Heiterkeit, die sie allerdings nicht als echt bezeichnet. Zwangserscheinungen sind vorhanden. Einen ähnlichen Krankheitsverlauf zeigt die Kranke Försterlings. Allerdings handelt es sich nur um eine einzelne Phase. Die Heilung der Depersonalisation tritt in der Art ein, daß sich immer länger dauernde Phasen von Heiterkeit einschieben. In diesen beiden Fällen scheint der zirkuläre Verlauf entschieden im Sinne des Manisch-Depressiven zu sprechen. Es muß jedoch ausdrücklich betont werden, daß beide Fälle viel Verwandtes zu neurasthenischen Erkrankungen zeigen. Insbesondere scheinen die Phasen der Patientin Johanna durch äußere Ereignisse ausgelöst zu sein[2]). In den vorangehenden Zeilen sind die Haupttypen in der Verlaufsart geschildert. Weitere Ergänzungen können nach der Kasuistik leicht vorgenommen werden.

Fassen wir das Ermittelte kurz zusammen, so ergibt sich

1. Nur bei einem Falle wird von manisch-depressiven Geistesstörungen in der Antezedenz gesprochen. In den meisten Fällen findet sich, soweit eine Beurteilung möglich, in der Antezedenz Psychasthenie im Sinne Janets.

2. Das Lebensalter der Kranken beim Einsetzen der Attacke ist sehr verschieden. Besonders begünstigt erscheint die Zeit der Entwickelung und bei Frauen die Zeit des Klimakteriums, doch finden sich ähnliche Erkrankungen auch im Kindesalter (Hesnard). Im übrigen wird kein Alter völlig verschont[3]).

3. Männer und Frauen sind in nicht merklich verschiedenem Grade betroffen.

4. In der Mehrzahl der Fälle findet sich, daß das Individuum auch vor der Erkrankung eigenartig veranlagt war. Häufiger finden sich Angaben im Sinne psychopathischer Konstitutionen. Nur in einem Fall ist die Annahme konstitutioneller Verstimmung nicht auszuschließen.

---

[1]) Doch muß noch einschränkend hinzugefügt werden, daß eine derartige Symptomatologie im Rahmen des Manisch-Depressiven zwar unwahrscheinlich, aber denkbar ist. Der „Verlust des optischen Vorstellungsvermögens" in den Fällen von Cotard und Lemos ist immerhin etwas Verwandtes.

[2]) Wie erwähnt, ist von anderer Seite Dementia praecox (und auch Hysterie) diagnostiziert worden.

[3]) Ich habe von einer statistischen Bearbeitung wegen der Ungleichartigkeit des Materials abgesehen.

5. Die Dauer der einzelnen Attacken ist meist eine lange, insbesondere dann, wenn es sich um einen einzelnen Anfall handelt. Die längste Dauer beträgt 30 Jahre.
6. Sehr häufig ist ein periodischer Verlauf, während diesem kommen anfallsartige, nur eine halbe Minute dauernde Attacken vor. Doch findet sich auch bei periodischem Verlauf eine Krankheitsdauer von einzelnen Phasen von 3 oder 4 Jahren.
7. Der Verlauf kann auch ein zirkulärer sein. Es sind bisher nur kurze manische Phasen beobachtet.
8. Sehr häufig mischen sich Zwangssymptome[1]) dem Zustandsbilde bei. Klagen über körperliche Beschwerden gehören zur Regel.

Nachdem wir uns so in Grundzügen den Verlauf dieses Symptomenkomplexes klargelegt haben, müssen wir versuchen, endgültig an seine Deutung heranzutreten. Wir fragen zunächst, von der anderen Seite herkommend: Gibt es sonst eindeutige Fälle manisch-depressiven Irreseins, in denen der uns beschäftigende Symptomenkomplex nachweisbar ist. Zunächst kommt der Fall 2 Juliusburgers in Frage, in dem mitgeteilt wird, es seien melancholische Attacken vorausgegangen. Ohne darauf einzugehen, daß in diesem Falle typische Depersonalisation nicht vorliegt, hebe ich nur hervor, daß aus der Krankengeschichte kein Beweis dafür zu entnehmen ist, daß wirklich melancholische Zustände vorausgegangen sind. Wichtiger ist ein Fall von Wilmanns, der zwar auch nur kurz mitgeteilt ist, aus dem mit Sicherheit hervorgeht, daß während des Abklingens einer schweren Psychose unser Symptomenkomplex auftreten kann. Die Kranke hatte mehrere typische Depressionen durchgemacht, bevor sie 1900 in die Heidelberger Klinik kam. Sie bot damals ein katatonisches Zustandsbild, sie war mutacistisch und negativistisch. Zeitweise wurde sie in impulsiver Weise gewalttätig; wenn sie zugänglicher war, gab sie mit gezierter Stimme Antwort, war verschroben und manieriert. Sie gebrauchte eigentümliche Ausdrücke „Sprechen sie den Professor tot“ und brachte ohne Affekt phantastische Wahnvorstellungen vor, sei tot, neben ihrem Bett drehe sich die Weltachse, sei mit Elektrizität geladen etc. Unter wechselnden Erscheinungen dauerte der Zustand drei Jahre, dann gewann sie völlige Krankheitseinsicht, aber sie bot jetzt das ausgesprochene Zustandsbild der Depersonalisation. Wilmanns schildert es in kurzen Worten, es fehlt kein wesentliches Symptom. Die Depression wich einer leichten Manie, dann trat völlige Genesung ein. Drei Jahre später trat ein ähnlicher Anfall auf. Wilmanns zählt diesen Fall mit Sicherheit zum manisch-depressiven Irresein. Es muß jedoch gesagt werden, daß an dieser Diagnose doch Zweifel möglich sind. Wilmanns führt als eines seiner Argumente gegen die Diagnose der Dementia praecox an, es sei unwahrscheinlich, daß zwei so grundverschiedene Krankheiten, wie manisch-depressives Irresein und Dementia praecox, das gleiche Zustandsbild bieten könnten. Wie sich aus unseren ganzen Ausführungen ergibt, halten wir diese Anschauung nicht für stichhaltig. Ich möchte übrigens hervorheben, daß ich das ausgesprochene Bild der Depersonalisation keineswegs als besonders häufig bei der Zyklothymie ansehen kann,

[1]) Auch wenn man die enge Fassung Bumkes zugrunde legt.

einzelne Symptome finden sich allerdings regelmäßig in den Depressionszuständen. Sie finden sich, wie ich sehr bald belegen werde, ebenfalls bei neurasthenischen Verstimmungen. So z. B. zeigen die in dem Lehrbuch von Kraepelin angeführten Fälle von Zyklothymie nur Teile unseres Symptomenkomplexes. Immerhin scheint auch mir die Möglichkeit vorhanden zu sein, daß der Fall von Wilmanns dem manisch-depressiven Irresein angehört.

Beweisender ist meines Erachtens ein Fall von Masselon, den ich in extenso wiedergebe. Freilich muß Zweifelnden auch hierbei zugestanden werden, daß die nosologische Stellung der klimakterischen depressiven Psychosen trotz des Buches von Dreyfus derzeit keine völlig geklärte ist.

Valentine, 47 Jahre alt, aufgenommen im Jahre 1900. Stets etwas nervös, 1871 depressive Attacke, 1899 Sorgen wegen materieller Dinge, die sie sich zu Herzen nimmt. Sie klagt schon damals, alle Ideen seien verwirrt, alle Erinnerungen fern. Sie wisse nichts und empfinde keinen Kummer über den Tod ihres Mannes. Im Oktober 1899 Suizidideen, 1900 fast geheilt. Im September jedoch bedrückt geängstigt und versucht die Stücke eines Glases, das sie zerbrochen hat, zu verschlucken. Sie glaubt sich in einen Hasen verwandelt und glaubt sich verdammt. Klagt sich an, das Haus verwünscht zu haben. Befürchtungen für ihre Familie. Sie sei nicht mehr Valentine, wisse nicht mehr was sie ist, ist kein menschliches Wesen mehr. Ihr Herz, ihr Magen, ihr Mund, ihre Gesten sind nicht mehr wie früher, sie sei kleiner geworden. Jeden Moment verändere sie sich und diese Veränderung machte sie immer noch schlechter als früher. 1902 tritt ein Stuporzustand ein. Die deliranten Ideen bleiben bestehen, treten aber nur hervor, wenn der Stupor von Angst durchbrochen wird.

Masselon gibt noch eine detailliertere Schilderung des Zustandes, die uns in mehrfacher Hinsicht wertvoll ist. Valentine glaubte vor dem Eintritt des richtigen Delirs, sie sei verändert in ihrem geistigen Leben. Erst dann kamen die Versündigungsideen. Sie sagt 1900: „Ich habe niemals einen klaren Gedanken, ich mühe mich ab sie zu fassen. Ich möchte begreifen, es ist mir das jedoch unmöglich, das Gedächtnis ist verschwunden. Meine Erinnerungen sind weit von mir. Man sagt mir, daß mein Mann voriges Jahr gestorben ist, ich erinnere mich kaum daran. Alles was ich denke ist vage, ich lebe wie im Traume. Ich handle wie ein Automat, ohne mir Rechenschaft abzulegen. Ich fühle weder Freude noch Trauer, ich spreche alle diese Worte aus ohne sie zu begreifen. Ich gebe mir keine Rechenschaft, was eigentlich meine Kinder sind, ich empfinde nichts für meine Kinder." Es sei schrecklich zu sein, wie niemand anderer und nicht zu verstehen, was in der Umgebung vorgeht. Erst nachdem eine Reihe derartiger Klagen gekommen, wurden die Ideen, daß der Körper sich in der oben beschriebenen Art und Weise verändert habe, geäußert.

Es ist also zu mindest als wahrscheinlich zu bezeichnen, daß der Symptomenkomplex der Depersonalisation im Rahmen des ausgeprägten manisch-depressiven Irreseins vorkommen kann. Versuchen wir jetzt nachzuweisen, daß sichere Fälle unseres Symptomenkomplexes auf den Boden der nicht affektiv gefärbten Degeneration vorkommen können.

Ich wähle hierzu den Fall von Löwy. Hier kommt zunächst als wesentliches Beweismoment in Frage, daß nachgewiesen werden kann, daß ein bestimmtes psychisches Trauma sich in bestimmte Symptome umsetzt. Es handelt sich ferner um ein Individuum, das sicher und zwar vermutlich gleichartig neurotisch belastet ist. Die Anfälle haben die verschiedenste Dauer, sie dauern bisweilen nur eine halbe Minute. Kurze Attacken bei manisch-depressivem Irreseins sind zwar z. B. in einer Arbeit von Benon beschrieben, aber auch diese dauern mehrere Stunden. (Ich selbst konnte einen analogen Fall kürzlich beobachten.) Auch der Fall von Dugas scheint mir trotz des anscheinend periodischen Verlaufens nur als Neurose deutbar zu sein. Auch Fälle, wie die von Touche, welche in ihrem ganzen Aufbau auf die Neurose verweisen, müssen hier genannt werden. Man halte sich doch auch gegenwärtig, wie sehr die Neurasthenie der

täglichen Praxis sich symptomatologisch der Depersonalisation nähert; einen derartigen Fall gebe ich in Kürze in folgendem wieder.

Fall 7. Bernhard, S., 16 Jahre. Hat früher masturbiert, klagt jetzt über Gedächtnisschwäche. Es kommt jeden Monat regelmäßig wieder, es ist ein Schwächegefühl. Er kann nicht richtig nachdenken, wenn er es will, aber er merkt, daß er richtig denkt, wenn er die Aufmerksamkeit nicht darauf lenkt. Alles sei durcheinander im Kopf, als wäre er leer. Früher war er viel lustiger, jetzt ist er niedergeschlagen. Er habe nicht mehr so viel Mut wie früher. Er hält sich für unzuverlässig. Wenn er an seine Krankheit denke, vergesse er oft Aufträge. Tagelang liegt es ihm wie Schleier vor den Augen. Häufig kommt Schwindel. Den Eindruck des Fremdartigen hat ihn seine Umgebung nie gemacht. Der Zustand wechselt, manchmal hat er mehr Mut zur Arbeit. Die Familienanamnese ist belanglos, insbesondere ist nichts Manisch-Depressives in der Antezedenz nachweisbar.

Schließlich aber heben wir nachdrücklich hervor, daß auch die sog. erworbene Neurasthenie Zustandsbilder zeigen kann, welche unserem Symptomenkomplex entsprechen. Hesnard hat zwei Fälle mitgeteilt (sein Fall 50 und 51) in denen ein Zusammenhang mit einer beginnenden Arteriosklerose zu mindest wahrscheinlich ist. Einen Fall, bei dem mir wahrscheinlich ist, daß er auf den Boden des Alkoholismus erwachsen ist, lasse ich jetzt folgen.

Fall 8. Rudolf H., Kontorist, 39 Jahre. Sucht selbst die Klinik auf. Nach Angabe der Frau ist er häufig betrunken, ist streitsüchtig, aber begabt und arbeitsam. Zwei Kinder sind gesund. Bei der körperlichen Untersuchung ergeben sich Anzeigen für chronischen Alkoholismus. Myokarditis. Er gibt an: „Wenn ich mich abends ins Bett lege, ruht der Körper, aber nicht der Geist. Er sieht vor dem Einschlafen blutige verzerrte Gesichter, Leichen und Verstorbene, z. B. seine alte Mutter genau, so wie sie lebte, jede Falte ihres Gesichts tritt scharf hervor. Weiter sehe ich eine Mauer, einen jeden Stein kann ich deutlich erkennen .... alle diese Erscheinungen kann ich festhalten, solange ich will."

Im traumhaften Zustande: „Ich fliege in der Luft herum, über Berge, Täler und Ortschaften, solange es mir beliebt (es ist das ein angenehmes Gefühl) dann sehe ich schöne Landschaften, grüne Wiesen, aber keine Menschen, sondern alles ist ruhig ..... auch lese ich vielmals Zeitungen. Die Buchstaben sehe ich ganz deutlich. Fließend lese ich aus diesen Zeitungen, Artikel und Gedichte, welche aber beim Erwachen meinem Gedächtnisse entschwunden sind. Ich sehe auch lebhaft einen Zug marschierender Soldaten, ich weiß nicht, daß ich selbst dabei bin. Des öfteren werde ich auch von Alpdrücken geplagt."

Er meint dann, ein richtiges Leben sei das überhaupt nicht, das er führe. Er vegetiere nur so. Er freue sich nicht mehr recht. Er bejaht lebhaft eine Frage nach Automatismus. Wenn er einen Brief zu schreiben hatte, so denkt er an etwas ganz anderes. Trotzdem kann er den Brief richtig schreiben. Ebenso ist es beim Lesen einer Zeitung, seine Gedanken sind ganz wo anders. Für Belletristik interessiert er sich lebhaft. Dabei denkt er auch weniger an anderes. Entfremdung der Außenwelt hat er nie bemerkt. Spontan knüpft er daran die Angabe, er habe wiederholt die Gefühle des schon einmal Getanhabens und schon einmal Dortgewesenseins erlebt. Er gibt eine gute Schilderung dieser Zustände. Alle diese Beschwerden bestehen etwa seit einem Jahre, waren früher seltener, sind jetzt häufiger.

Diese Beobachtung ist wiedergegeben deswegen, weil sie banal ist. Gleichwohl enthält sie im Keime die Depersonalisation. Wir haben die Klagen über Gefühlshemmung, Angaben über doppeltes Denken, Angaben über die fausse reconnaissance, über die besondere Lebhaftigkeit von Vorstellungsbildern. Auf die Angabe des Patienten bei einzelnen dieser Bilder habe ihm das Ichbewußtsein gefehlt, komme ich noch zurück. Hier interessiert das Klinische. Es fehlt jeder Anhaltspunkt für manisch-depressive Veranlagung. Niemand wird zögern, derartige Beobachtungen in nächste Verwandtschaft zur Neurasthenie zu stellen. Auch hier liegt meines Erachtens ein erworbener Zustand vor — vielleicht auf Boden des Alkoholismus.

Es geht aus unseren bisherigen Ausführungen hervor, daß zwischen diesen rudimentären und den ausgeprägtesten Fällen, alle möglichen Übergänge bestehen. Gerade auf Grund des Studiums des vorliegenden Symptomenkomplexes drängt sich die Überzeugung auf, daß zwischen den Neurosen im weitesten Sinne unter dem manisch-depressiven Irresein eine bestimmte Grenze nicht gezogen werden kann. Wir müssen also Homburger zustimmen, wenn er die Unmöglichkeit einer scharfen Abgrenzung geradezu als Charakteristikum funktioneller Psychosen bezeichnet. Er stimmt hier mit den Untersuchungen von Reiß zusammen, der zwischen psychogenen und manisch-depressiven Depressionen eine scharfe Grenzlinie nicht sehen konnte[1]). Es führt das aber zu einer teilweisen Anerkennung der Anschauungen von Hoche und Bumke. Damit ist auch das selbständige Studium eines Symptomenkomplexex gerechtfertigt.

Das Grenzgebiet zwischen affektiven Psychosen in weitestem Sinne und den Neurosen scheint mir ein besonderes Interesse zu bieten. Es entspricht im wesentlichen der Psychasthenie im Sinne von Janet und Raymond[2]). Man vergegenwärtige sich doch nur, wie viele Punkte der Symptomatologie der Neurasthenie und der Psychasthenie gemeinsam sind: die Zwangsvorstellungen, die hypochondrischen Klagen aller Art, die Schmerzen und die Symptome der Depersonalisation. Diese stellt eine verhältnismäßig gut abgegrenzte Gruppe aus diesem Grenzgebiete dar.

Spricht die Unmöglichkeit, klinische Abgrenzungen zwischen Neurosen und manisch-depressivem Irresein zu schaffen dafür, daß die Krankheiten wesensgleiche sind[3])? Wir heben sofort hervor, daß wir ja auch einige Fälle anführen konnten, in denen uns die Neurasthenie erworben schien.

Es schwebt uns im Gegensatz zu Hoche als Ziel doch vor, über das Symptomenbild hinaus zu dem Krankheitsprozeß vorzudringen.

Es scheint mir nicht notwendig zu sein, auf die engen Beziehungen zur hypothetischen Krankheit Hysterie eingehender zu verweisen. Sie liegen auf der Hand, auch haben wir sie in den vorangehenden Ausführungen wiederholt gestreift.

Um Mißverständnisse zu vermeiden, resumieren wir dahin, daß gegenwärtig auf dem Gebiete der funktionellen Psychosen (manisch-depressives Irresein und Neurosen als Repräsentanten) scharfe Scheidewände nicht gezogen werden können. Das Studium von Symptomenkomplexen erscheint als aussichtsreiches. Als fernes Ziel gilt auch hier die Abgrenzung von Krankheitseinheiten, und dieses Ziel wäre ja auch dann erreicht, wenn es sich erweisen sollte, daß die funktionellen Psychosen eine einzige Krankheit darstellen.

Doch drängt sich bei dem Studium von Intoxikationen und leichten organischen Erkrankungen der Gedanke auf, daß verschiedene Krankheiten vorliegen können. Ihre Abgrenzung wird man freilich nicht auf Grund der Psychologie vornehmen können.

---

[1]) Die Abgrenzung, die Bonhöffer in einem Vortrage gegeben hat, ist sehr schematisch. Das Gleiche gilt von einem Artikel Ballets, beide Arbeiten scheinen zum Teil mehr auf praktische Fragen als auf theoretische gerichtet zu sein.

[2]) Eine gute Übersicht gibt das kleine Büchlein von Raymond.

[3]) Ein lehrreiches Beispiel für die Beziehungen psychopathischer Zustände zum Manisch-Depressiven ist C. F. Meyer (vgl. Heß, Lange, Sadger, Hellpach).

Ich wende mich zunächst zu der wichtigen Frage, ob man unseren Symptomenkomplex ins Normale zurück verfolgen kann. Beobachtungen an mir selbst habe ich bereits erwähnt. Der Alkohol schien eine begünstigende Wirkung zu haben.

Dugas hat in einem Artikel über das déjà vue darauf aufmerksam gemacht, daß während dieses Erlebnisses Änderungen und Verdoppelungen des Persönlichkeitsbewußtseins auftreten können. C. drückte sich folgendermaßen aus: „Ich hörte meine Stimme, wie die einer fremden Person, aber zu gleicher Zeit erkannte ich sie als die meine. Ich wußte, daß ich sprach, aber das Ich das sprach, machte den Eindruck eines Ich, das verloren war und plötzlich wieder gefunden war." Bernhard-Leroy hat dann in einer Enquete über „fausse reconnaissance" Fragen hinzu gefügt, welche sich auf die Depersonalisation bezogen. Er erhielt Antworten, daß die Realität, wie ein Traum erschiene (ähnliches hatte Kraepelin schon früher angegeben, alles was ihn umgab, schien ihm entfernt, wie mit einem Schleier bedeckt). Andere hatten den Eindruck, die Welt entferne sich von ihnen, sie seien von allem getrennt, wie durch eine unsichtbare Schranke. Eine der Befragten spricht von „isolement cosmique". Die Welt erscheine seltsam, es ist eine Art moralischer Entfernung. Alles erscheint dem Individuum neu, wie wenn es auf einen anderen Planeten gefallen wäre. Wieder anderen erscheinen auch die eigenen Tätigkeiten fremd und ungewohnt. Moreau de Tours hatte unter dem Einfluß von Haschisch den Eindruck, daß er nicht durch seinen eigenen Willen beim Tanzen sich drehe, sondern, daß er wie ein Kinderspielzeug gedreht werde. Gleichwohl tanzte er richtig und sprach auch mit seiner Tänzerin. Eine andere Person hat den Eindruck, daß eine Person handelt, während die andere Person zusieht und die zugehörigen Empfindungen hat. Schließlich kommt auch eine vollständige Depersonalisation zustande, in der dem Individuum Wahrnehmungen, Erinnerungen und Handlungen fremd erscheinen. Wenn ich ermüdet bin, sagt Bn. und ich spreche, komme ich mir selbst wie fremd vor im Denken und im Sprechen. Der Autor hat das mindestens ein dutzendmal erlebt, meist nach leichten Erregungen z. B. beim Gespräch mit Freunden nach einer reichlichen Mahlzeit. Meine Stimme erschien mir, als ob ich sie früher nie gehört hätte, meine Erwägungen, meine Gedanken sind ungewohnt, die Welt ist fern und seltsam, ich komme mir selbst fremd vor und bin mir wie ein Fremder, gerade so, wie wenn ich ein anderer wäre. Heymans[1]) hat die Untersuchungen Leroys systematisch fortgesetzt. Er hat den Fragebogen, insbesonders Fragen beigefügt, welche sich auf den allgemeinen psychischen Zustand der Personen bezogen. Das für uns wichtige Resultat ist folgendes: „Es gibt einen Menschentypus, bei welchem sowohl die Erscheinungen der Depersonalisation und der fausse reconnaissance, wie die Erscheinung des Fremdfindens eines bekannten Wortes merklich häufiger —, und es gibt einen entgegengesetzten Menschentypus, bei welchem alle diese Erscheinungen merklich weniger häufig als im Durchschnitt vorkommen. Jener erstere Typus ist durch stärkere Emotionalität, ungleiche Gemütslage, zeitweiliges zu nichts aufgelegt sein, unregelmäßiges Arbeiten und geringere Beanlagung zum mathematischen Studium, jener zweite durch geringere Emotionalität, gleichmäßige Gemütslage, stets zu etwas aufgelegt sein, regelmäßiges Arbeiten und

[1]) Vgl. übrigens die Bemerkungen Ribots.

geringere Beanlagung zu sprachwissenschaftlichen Studien, gekennzeichnet.“ Die tatsächlichen Angaben hat Heymans noch durch eine zweite Untersuchung gesichert. Er charakterisiert die zur Depersonalisation neigenden Individuen als solche mit geringer psychischer Stabilität. Fischer hat die Angaben von Heymans bestätigen können. Wir glauben also den Boden aufzeigen zu können, auf welchem die genannten Störungen erwachsen. Es ist bemerkenswert, daß die Untersuchungen am normalen im wesentlichen zu den gleichen Annahmen drängen wie diejenigen, welche am pathologischen Material erhoben wurden. Es scheint also für den Fall der Depersonalisation die Annahme Hoches bestätigt, daß im Seelenleben des Normalen bestimmte Symptomenverkuppelungen vorgebildet sind, welche sich beim Kranken zu abnormer Stärke entfalten. Es ist das um so bemerkenswerter, als es sich um ein durchaus kompliziertes Bild handelt.

Noch von einem weiteren Gesichtspunkte aus sind die Enqueten von Heymans für uns von Belang. Sie ermöglichen uns einen Einblick in die Umstände, welche den Eintritt des Symptomenkomplexes begünstigen. Es sind das solche, welche auf eine zeitweilige Herabsetzung der psychischen Energie schließen lassen. Die Phänomene treten meist im Zustande der Ermüdung auf oder zu Zeiten, wo nicht interessante erzwungene Arbeit geleistet wird. Fast stets ist Ermüdung oder Alkoholmißbrauch verzeichnet. Auch die zweite Untersuchung von Heymans kommt zu gleichen Resultaten. Auch diese Bemerkungen sind uns wichtig, denn es sind die gleichen ätiologischen Faktoren, die uns zu mindest in einem Teil unseres pathologischen Materials auffällig sind.

Wir wenden uns nun zu einzelnen mehr speziellen Fragen.

1. Welche Ursache kommt der einzelnen Attacke der Depersonalisation zu? Wir bemühen uns an dieser Stelle darum, nur wirklich kausale Momente zur Erklärung heranzuziehen. Dugas und Moutier haben kausale und Einfühlungsmomente nicht scharf getrennt. Mit Sicherheit kann angenommen werden, daß starke Erregungen kausal für das Eintreten der einzelnen Attacke bestimmend sein können. In der ersten Beobachtung Krishabers ist eine erregte Szene der unmittelbare Anlaß zum Ausbruch der Depersonalisation. Eine ganze Reihe von entsprechenden Beobachtungen verdanken wir Janet. Janet schreibt der Aufregung eine zersetzende Kraft auf den Geist zu. Selbstverständlich greifen hier kausale und verständliche Zusammenhänge eng ineinander und wir verweisen auf das Kapitel in dem die verständlichen Zusammenhänge breiter erörtert sind. Wir wenden uns der Einwirkung erschöpfender Uraschen zu. In dem zweiten Falle Krishabers ist ein besonders anstrengender Dienst vorausgegangen. In dem Fall Wernickes bestand die Notwendigkeit intensiver Beschäftigung unter ungünstigen Umständen. In sehr vielen Fällen Janets ist von Graviditäten und Wochenbetten die Rede. Schließlich spielt das Klimakterium eine gewisse Rolle. Man wird sich also dem Eindrucke nicht verschließen können, daß in einer Reihe von Fällen greifbare Hilfsursachen vorhanden gewesen sind, welche zum Ausbruch der Erkrankung geführt haben. Man müßte dann nach einer Reihe von Autoren zum Beispiel Friedmann derartige Fälle mehr den Neurasthenien zurechnen. Es ist aber meines Erachtens durch die Untersuchungen von Reiß bewiesen, daß auch rein endogene

Zustände im Anschluß an Hilfsursachen auftreten können. Es ist überhaupt die Möglichkeit einer Einschätzung veranlassender Ursachen kaum gegeben. Was eine leichte, was eine schwere gemütliche Erschütterung ist, wird sich für den Nichtbeteiligten schwer entscheiden lassen. Es scheint mir also für die Abgrenzung von Neurasthenie und manisch-depressivem Irresein das Moment der Auslösbarkeit durch äußere Umstände nicht von ausschlaggebender Bedeutung zu sein. Eine Anschauung, die der Friedmanns wiederspricht.

2. Es muß als besonders auffallend bezeichnet werden, wie wenig depersonalisierte Kranke therapeutischen Beeinflussungen zugänglich sind. Auch das Moment therapeutischer Beeinflußbarkeit wird von Friedmann verwertet für die Differential-Diagnose zwischen manisch-depressiv und neurathenisch. Reiß ist bereits dieser schematischen Auffassung entgegengetreten. Unsere Gruppe ist im allgemeinen therapeutisch sehr wenig beeinflußbar. Das bezieht sich aber gerade auf jene Fälle, welche ihrem ganzen Typus und Verlauf nach, den Neurasthenien nahestehen. So z. B. die Fälle Janets. Ich lehne auch also dieses Kriterium ab.
3. Man könnte nun hoffen, aus einzelnen Symptomen sichere Anhaltspunkte zu gewinnen. Die Häufigkeit der Zwangsvorstellungen in unseren Fällen ist erwähnt worden. Nun haben aber gerade Untersuchungen aus jüngster Zeit wieder mit besonderem Nachdruck[1]) darauf verwiesen, wie häufig Zwangsvorstellungen im Rahmen manisch-depressiven Irreseins sich finden. Heilbronner, Bonhöffer und Stoecker nähern jene Konstitutionen, welche zu Zwangsvorstellungen neigen dem manisch-depressiven Irresein an und verweisen noch besonders auf die Periodizität der Erscheinungen. Jedenfalls ist die Hoffnung, hier ein einfaches Kriterium zu haben, eine trügerische.
4. Es bleibt noch der Begriff der Periodizität zu erörtern. Hoche und Bumke haben darauf verwiesen, wie sehr in jüngster Zeit der Begriff der Periodizität an Schärfe eingebüßt hat. Von Periodizität kann man eigentlich nur dann sprechen, wenn die einzelnen Attacken ohne entsprechenden äußeren Anlaß, aus Gründen, die in der Konstitution des betreffenden liegen, auftreten[2]). Nun ist aber der Begriff des entsprechenden äußeren Anlasses, wie oben erwähnt, kein geklärter. Beachtet man, wie häufig Krankheiten, für die ein endogener Faktor nur in Form einer gewissen Disposition wahrscheinlich ist, anscheinend periodisch auftreten, z. B. ein Erisypel, so wird man mit der Anwendung des Begriffes Periodizität sehr vorsichtig sein müssen. Und man wird den Begriff des periodischen auf jene Fälle einschränken müssen, in denen die Möglichkeit von äußeren Veranlassungen überhaupt ausgeschlossen werden kann. Ich weiß natürlich auch, daß es Fälle von manisch-depressivem Irresein gibt, die diesen Anforderungen vollkommen entsprechen. Es sind das

[1]) Doch ist auch eine ausgedehnte ältere Literatur vorhanden, die in einer Arbeit von Pfersdorff zum großen Teil erwähnt ist. Vgl. die Arbeiten von Deny und Charpentier und Soukhanoff. Auch eine Arbeit von Marchand ist heranzuziehen.

[2]) Mugdan schlägt sogar noch eine schärfere Formulierung vor, in dem annähernd gleiche Krankheitsbilder und annähernd gleiche Zwischenräume zwischen den einzelnen Phasen gefordert werden.

aber jene klassischen Fälle, welche schon seit langem bekannt sind. Gerade bei denjenigen Fällen, die in neuerer Zeit den echten periodischen auf Grund der Ähnlichkeiten der Zustandsbilder angereiht wurden, scheint mir diese Möglichkeit nicht verwirklicht zu sein. Gehen wir auf unsere eigenen Fälle über, so ist bei Johanna ein äußeres Moment für die erste und die zweite Attacke mit großer Wahrscheinlichkeit nachweisbar. Allerdings wird für eine Reihe von periodischen Fällen äußere Verursachung negiert. Immerhin glaube ich, daß eine aufmerksame Betrachtung unseres Materials zu dem Resultate führen wird, daß Periodizität nur unter ganz besonderen Vorsichtsmaßregeln klassifikatorisch zu verwenden ist, wofern die bisherigen laxen Bestimmungen verwendet werden. Es ist allerdings dringend zu wünschen, daß der (biologische) Begriff der Periodizität wieder eingeengt wird. Der Mugdansche Vorschlag erscheint entschieden sehr brauchbar zu sein.

5. Es bleibt noch zu erörtern übrig, welche Bedeutung den hypomanischen Phasen nach Depressionen zukommt. Hier muß erinnert werden an die eigentümliche Heiterkeit von Rekonvaleszenten und auch an die allgemeine Neigung, nach psychischen Depressionszuständen in eine abnorme Heiterkeit umzuschlagen. Insbesonders Kranke, die von erschöpfenden Einflüssen genesen sind, pflegen nach der Genesung eine besondere Heiterkeit zu zeigen. Also auch dieses Kriterium muß mit Vorsicht verwendet werden. Selbstverständlich soll hier nicht die Bedeutung ausgesprochen manischer Zustandsbilder bestritten werden, sondern es sollte nur die Rede sein von den Hypomanien leichteren Grades, welche in meinem Fall 2 und in dem Falle Försterlings beobachtet wurden. Allerdings ist gerade in dem Wechsel von Depression und gehobener Stimmung eines der sichersten Kriterien des Manisch-Depressiven gegeben und die genannten beiden Fälle sind diejenigen, die zu mindest dem Manisch-Depressiven sehr nahe gestellt werden müssen. Aber es muß wieder darauf verwiesen werden, wie sehr der Wechsel von Traurigkeit und Heiterkeit in den allgemeinen Mechanismen des Seelenlebens begründet ist.

Also auch bei dieser Art der Betrachtung nirgends die Möglichkeit fester Grenzen, nirgends die Möglichkeit bestimmter Kriterien. Es drängt sich also für die Gruppe der funktionellen Psychosen die Anschauung auf, daß es zwar fest umrissene Zustandsbilder, aber keine fest umrissenen Krankheitsbilder gibt. Was im besonderen die Gruppe der Depersonalisation betrifft, so meine ich, daß es sich hier um ein derartiges exakt umschreibbares Zustandsbild handelt. Am weitesten scheint die Veranlagung zur Depersonalisation von der paranoiden Konstitution entfernt zu sein. In dem einen Falle Neigung zur Trübung autosomatopsychischer Funktionen, in dem anderen Neigung, Allopsychisches falsch zu verwerten. Ich muß jedoch sofort einschränkend hinzufügen, daß unser Fall R. S. ausgesprochen paranoide Züge darbietet und ich werde im folgenden noch einen Symptomenkomplex beschreiben, in dem Paranoisches mit Erscheinungen der Depersonalisation eng vergesellschaftet ist.

Nachdem wir versucht haben, die Stellung des Symptomenkomplexes im Rahmen funktioneller Psychosen festzulegen, wenden wir uns nun den

organischen Psychosen im weiteren Sinne zu. Diese (spärlichen) Fälle haben deswegen für uns besonderes Interesse, weil sie unseren Versuch einer hirnphysiologischen Deutung der Erscheinungen rechtfertigen[1]).

In Form einer These sei eine Bemerkung vorausgeschickt. Für mich sind sämtliche Psychosen funktionelle, wenn man funktionell in dem Sinne nimmt, daß Störungen von Verläufen und psychischen Erlebnisformen getroffen werden. Auch die Demenz ist nicht einfach ein Defekt, sondern auch hier liegt ein abgeänderter psychischer Verlauf vor. Fälschlicherweise hat die Demenz zu dem bequemen Gesichtspunkt des Ausfalls bestimmte Elemente im Seelischen geführt. Für uns ist auch die Demenz nur ein veränderter psychischer Ablauf. Ich kann also nicht wie Löwy prinzipiell zwischen Demenzprozessen und „Begleitpsychosen" scheiden. Dieser Standpunkt scheint mir eine Konzession der Psychologie an die klinische Praxis zu sein. Demenzsymptome sind klassifikatorisch eindeutiger und praktisch verwendbarer.

Ich glaube, daß die Annahme sehr viel für sich hat, der uns beschäftigende Symptomenkomplex komme im Rahmen der Dementia praecox vor. Ich verweise zunächst auf den zweiten Fall Juliusburgers, der über länger als drei Jahre verfolgt wurde. Hier schieben sich in den Komplex der Depersonalisation Phasen ein von Ratlosigkeit und stereotyper Wiederholung von Redewendungen. Besonders beweisend scheint mit ein Brief aus dem Jahre 1902 zu sein, der etwas schwülstig und abschweifend ist. Allerdings fehlen auch hier wirklich schwere Störungen der Intelligenz. Gegen das Ende der Beobachtungszeit macht die logische Denktätigkeit noch Schwierigkeiten. Einen einwandfreien Beweis kann ich allerdings auch in diesem Falle nicht sehen, denn Verbigeration ist ja auch bei Manisch-Depressiven wiederholt beobachtet. Der Mangel an Initiative und an logischem Denken könnte immerhin als Hemmung gedeutet werden. Allerdings halte ich die Auffassung des Autors für die wahrscheinlichste. Auch Gottfried kann nicht mit völliger Sicherheit als Hebephrener bezeichnet werden. Doch spricht eine überwiegende Wahrscheinlichkeit im Sinn dieser Diagnose. Insbesonders die Ideen einer gewissen Berufung seiner selbst und seiner Familie scheinen mir nach dieser Richtung zu weisen. Insbesonders deshalb, weil ein wirklicher Affekt nach einer bestimmten Richtung bei dem Kranken zu jener Zeit nicht vorhanden war. Gegenwärtig wird von Wahnideen nichts berichtet, doch gilt der Patient noch als apathisch und willenlos. Auf die etwas barocken Ausschmückungen des Symptomenkomplexes der Depersonalisation möchte ich kein sehr großes Gewicht legen[2]). Ein größeres darauf, daß wenigstens zu Beginn der Erkrankung sich die Klagen des Patienten vorwiegend auf Sexuelles richteten. Ich kann im übrigen auf das Resümee der Krankengeschichte verweisen. Es sind also überwiegende Wahrscheinlichkeitsmomente im Sinne einer Dementia praecox gegeben. Es ergibt

[1]) Auch die Grenzlinien zwischen Neurosen, manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox sind nur theoretisch scharf zu ziehen; die klinische Forschung, die Erblichkeitslehre und die Betrachtung der somatischen Symptome haben ergeben, daß jedenfalls mindestens zwei verschiedene Krankheiten vorliegen. Die Entscheidung, auf welcher Basis ein vorliegender Symptomenkomplex entstanden ist, stößt ja bekanntlich oft im einzelnen Falle auf unüberwindliche Schwierigkeiten.

[2]) Vielleicht verweisen sie doch auf eine beträchtlichere Schädigung. Die psychologische Deutung wird hierdurch nicht geändert. Ob hieraus differentialdiagnostisch (in bezug auf die Krankheit) etwa gefolgert werden kann, müssen weitere Untersuchungen zeigen.

sich also doch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, daß unser Symptomenkomplex auch den organischen Verblödungsprozessen zukommt[1]).

Glücklicherweise haben wir jedoch noch stringentere Beweise für das Vorkommen des Symptomenkomplexes auf organischer Basis zur Verfügung. Die Beobachtungen Janets an Epileptikern scheinen mir vollkommen beweisend zu sein. Insbesonders in dem Falle Is. ist einesteils der Symptomenkomplex der Depersonalisation voll ausgebildet, anderenteils erwächst er sicher auf dem Boden der Epilepsie, denn die Störung tritt im unmittelbaren Zusammenhang mit epileptischen Anfällen ein, sie geht dem Anfall voraus und wird durch einen solchen abgeschlossen. Nicht vollkommen ist der Symptomenkomplex in dem Falle Pax. ausgesprochen, es kommen noch eigenartige Verlegungen des eigenen Bewußtseins in andere Personen hinzu. Es muß jedoch gesagt werden, daß Elemente der Depersonalisation, wie dies auch Pick ausgeführt hat, bei Epilepsie nicht selten angetroffen werden. Janet teilt eine Reihe von Fällen mit, in denen bei Epileptikern das Gefühl des Traumhaften und Irreellen vorhanden ist. Einer Patientin scheint alles so tot zu sein, daß sie sich fragt, ob das Weltende da ist. Auch Pick teilt in mehreren Arbeiten Einschlägiges mit, auch Beobachtungen Browns referierend. Ich habe selbst einen Epileptiker beobachtet, der angab, es sei ihm wie wenn er träume. Dieser Zustand war für ihn unangenehm. Genauere Angaben konnte ich nicht von ihm erhalten. Eine weitere Beobachtung lasse ich hier folgen, wiewohl sie nur Einzelzüge des Komplexes enthält.

Fall 9. A. Sch., 28 Jahre. Schwere epileptische Anfälle typischer Art (Bewußtlosigkeit, Zungenbisse, Einnässen) im Anschluß an Unfall. Keine wesentlichen Intelligenzdefekte, aber Verlangsamung des Denkens und Reizbarkeit.

Manchmal überkommen ihn sonderbare Gefühle, er fühlt sich eigenartig, weiß nicht mehr, wer er ist und wo er ist. Gleichzeitig Angst und Unzufriedenheit. Es hämmert im Schädel, es wird ihm schwindlig, es verschwindet dann plötzlich wieder. „Ich kann das nicht beschreiben, ich weiß nicht, was ich sagen soll...... ich möchte manchmal an einfache Sachen denken und kann mir das gar nicht vorstellen. Dann kommen andere Sachen, nach denen ich nicht gefragt habe: das bist du als kleiner Junge gewesen, da sehe ich im Geiste was ich erlebt habe."

Ich verweise noch auf die beiden später noch mitzuteilenden Fälle von Migräneattacken, in welcher Störungen auftraten, die denen der Depersonalisation zum mindesten verwandt sind.

Schließlich sei erwähnt, daß Löwenfeld hierhergehöriges in einem Fall von Hirntumor beobachtet hat, wenn auch nur im unvollständigen Maße.

Die wichtige Frage, inwieweit dem Symptomenkomplex Ähnliches auf der Basis organischer Herderkrankung vorkommt wird im folgenden noch eingehend behandelt werden. Jedenfalls treffen wir bei gewissen Fällen von sog. Seelenblindheit Angaben, welche auf die Depersonalisation verweisen.

Eine besondere Stellung nimmt ein Fall von Sollier ein. Während eines Zeitraumes von 5 Jahren verspürte der Kranke, ein 28jähriger Professor, eigenartige Sensationen, die allmählich zunahmen. Er klagte, daß seine rechte Schädelhälfte sich vergrößert hätte, insbesonders die rechte Schläfengegend. Der Kranke hatte den Eindruck, die rechte Hirnhälfte sei tot. Er konnte keinen Schlaf finden, er hatte die Empfindung, daß das rechte Gehirn eingedrückt sei. Im rechten Ohre hatte er Ohrensausen. Die rechte Seite denke nicht, die linke wolle

[1]) Es ist mir sehr wohl bewußt, daß von vielen Autoren, eine beträchtlichere Anzahl der hier mitgeteilten Fälle der Dementia praecox zugeteilt werden wird.

schlafen und er sehe nur links. Rechts ist der Druck, die Finsternis. Sein Kopf sei leer, er habe keine Ideenfolge mehr, er sei zu weit vom Leben, er sei unpersönlich, er sehe die Welt nur wie eine photographische Platte und fühle sich außerhalb des Lebens. „Ich kann keine Minute normal leben, die Minuten sind festgenagelt, ich kann aus dem gegenwärtigen Leben nicht heraus.“ Die Sinnesorgane waren rechts übererregbar, im übrigen ergab die objektive Untersuchung eine Größenzunahme des Schädels. Es bestand leichte Lymphozytose im Liquor. Bei der Trepanation fand sich das Scheitelbein verdickt, die Hemisphäre war blutreich. Unmittelbar nach der Operation traten epileptiforme Anfälle und Sprachstörungen auf. Der Kranke starb in einer epileptiformen Krise sechs Tage nach dem Eingriff. Eine Deutung dieser Beobachtung erscheint fast unmöglich zu sein. Man kann daran denken, daß die Verdickung des Schädels eine wesentliche Rolle nicht gespielt hat. Die epileptischen Anfälle und die Sprachstörungen sind wohl Operationsfolgen und als solche nicht verwertbar für die Deutung des Falles. Die Möglichkeit einer Hebephrenie muß im Auge behalten werden. Diese Deutung ist mir die Wahrscheinlichste. Immerhin erscheint der Fall bedeutsam, auch er ermutigt zu einer hirnphysiologischen Deutung des Symptomenkomplexes.

Im vorangehenden [1]) wurde ausführlich gezeigt, daß ein komplizierter Symptomenkomplex auf sehr verschiedener Basis zustande kommen kann. Wir werden im folgenden noch eingehender erörtern, daß wir einzelne Symptome aus dem Gebiete der Depersonalisation bei den allerverschiedensten Krankheiten antreffen können. Die psychologisch klinische Betrachtung des uns vorliegenden Materials hat uns also gezeigt, daß keines der vorliegenden Symptome für irgend eine Krankheit allein in Anspruch genommen werden kann. Es wäre der Einwand denkbar, daß die Symptome zwar in den verschiedenen Fällen einander ähnlich seien, daß sie aber doch in ihrem Wesen als different angesehen werden müssen. Ich werde diesen Einwand im folgenden noch ausführlicher erörtern, hebe aber bereits hier hervor, daß ich es nicht für zulässig halte, den gleichen psychischen Tatbestand das eine Mal als Hemmung, das andere Mal als Sperrung zu bezeichnen, je nachdem sonstige Gründe zu der Diagnose manisch-depressives Irresein oder Dementia praecox bewegen. Wer Unterschiede annimmt, ist verpflichtet, sie deskriptiv am einzelnen Symptom aufzuzeichnen. Uns ist das in dem vorliegenden Falle nicht gelungen und wir können einen derartigen Unterschied auch nach den Deskriptionen der Literatur nicht ersehen.

Wir wenden uns der allgemeinen Frage zu, inwieweit bestimmte psychopathologische Symptome für die eindeutige Diagnose psychischer Störungen verwertet werden können. Ich hebe sofort hervor, daß der praktische Wert einzelner Symptome für die Diagnose bestimmter Erkrankungen an dieser Stelle nicht untersucht wird. Es handelt sich nur, um die rein theoretische Fragestellung, ob es auf dem Gebiete des Psychischen Symptome gibt, welche nur bei einer Krankheit vorkommen und ob bestimmte Symptome einer Krankheit wesensmäßig zugeordnet sind. Am häufigsten hat man bei denjenigen Krankheiten nach solchen untrüglichen Kriterien gesucht, bei denen der anatomische Befund keine genügende Grundlage zur sicheren Klassifizierung gab. Man hat

[1]) Hierzu sind die Arbeiten von Hoche, Bumke, Alzheimer, Cramer, Löwy und Hartmann besonders heranzuziehen.

also diese psychologischen Kriterien vorwiegend zur Abgrenzung der sog. funktionellen Psychosen gegenüber der Dementia praecox verwendet resp. (wenn man auch diese zu den funktionellen Psychosen zählen will) für Abgrenzungen innerhalb der funktionellen Psychosen. Nun hätte eine vorurteilsfreie Betrachtung des gesicherten Tatsachenmaterials bereits stutzig machen müssen. Die progressive Paralyse kann jederzeit Bilder hervorbringen, welche denen der Dementia praecox und des manisch-depressiven Irreseins genau entsprechen. Schon dieses Beispiel zeigt, mit welchen Schwierigkeiten Versuche, psychologische pathognostische Symptome zu finden, behaftet sind. Schon dieses Beispiel zeigt uns, wie notwendig es ist, zwischen dem Symptomenkomplex und der Krankheit eine prinzipielle Differenz zu machen. Gerade den Depressionen der beginnenden Paralyse gegenüber wird man nicht sagen können, daß sie psychologisch different sind von denen des manisch-depressiven Irreseins. Das gleiche gilt von den katatonen Symptomen bei dieser Erkrankung in ihrem Verhältnis zur Katatonie. Es haben aber einige Autoren, gleichsam um die psychologische Spezifizität der psychologischen Symptome zu retten, hier von einer Auslösung einer bestimmten Veranlagung gesprochen, eine Erklärung, die ich nicht als glücklich ansehen kann.

Im Sinne der bisherigen Ausführung ist es gar nicht einzusehen, weshalb denn nicht bei der Dementia praecox sog. manisch-depressive Symptome auftreten sollten. Anderenteils halten wir es durchaus nicht für befremdlich, wenn schizophrene Symptome auf Boden von manisch-depressiver Erkrankung vorkommen. Wir würden diesen Erwägungen keinen Wert zusprechen, wenn sie nicht durch die Tatsachen beglaubigt würden. In der Tat scheint es mir ein sicheres Ergebnis der Arbeiten von Wilmanns zu sein, daß sog. katatone Symptome beim manisch-depressiven Irresein vorkommen und ein sicheres Ergebnis der Arbeiten von Urstein, daß im Rahmen der Schizophrenie manisch-depressive Symptome vorkommen. Es ist also die Empirie entschieden gegen den Ausspruch von Wilmanns: es sei unwahrscheinlich, daß bei so grundverschiedenen Krankheiten, wie die genannten, gleiche Symptome vorkommen könnten. Und sie spricht in gleicher Weise gegen die Annahme Ursteins, daß jede „subjektive Hemmung“ schizophren sei.

In Erinnerung an Anatomisches hat nun insbesonders Löwy versucht in den Endzuständen, welche ja am ehesten dem anatomischen Defekt entsprechen, das Psychologisch-charakteristische aufzudecken. Nun ist ohne weiteres zuzugeben, daß der katatone Endzustand eine Verwechslung mit manisch-depressiven Zuständen nicht zuläßt. Gleichwohl ist es auch er nicht spezifisch. Es gibt epileptische Demenzen, die symptomatologisch den schizophrenen entsprechen. Auch bei der Paralyse kann man entsprechende Bilder antreffen. Schließlich sind Idiotieformen zu erwähnen, welche bei rein symptomatologischer Betrachtung nicht von der Schizophrenie abzutrennen sind. Noch entschiedener muß ich die Angabe von Löwy und Urstein bestreiten, daß dasjenige, was den Endzustand als schizophrenen charakterisiert, stets oder auch nur überwiegend häufig in den ersten Attacken der Schizophrenie anzutreffen sei. Man suche doch bei meinem Kranken Karl O. die Intentionsleere! (Löwy). Meiner Ansicht nach werden in allen diesen Betrachtungen psychologische und klinische Gesichtspunkte miteinander konfundiert. Die Suche nach psychologischen Kardinalsymptomen hat auch übersehen lassen, daß der Intensitätsbegriff im Psychi-

schen nicht ohne Einschränkung verwertet werden darf. Die Anfangszustände der Schizophrenie sind nicht gleichsam verdünnte Endzustände der gleichen Krankheit.

Ich will im folgenden versuchen, bezüglich der hauptsächlichsten Anschauungen betreffs spezifischer Symptome der Schizophrenie zu zeigen, daß die Formulierungen ungenügend sind. Stransky hat den Begriff der intrapsychischen Ataxie für die Dementia praecox aufgestellt. Das normale Seelenleben sei durch das geregelte Ineinandergreifen der beiden Sphären des Seelischen gewährleistet. Thymopsyche, die Summe der Funktionen affektiver Art und Noopsyche, die Summe der intellektuellen Funktionen arbeiteten in fein abgestumpfter Weise zusammen. Bei der Dementia praecox sei eben dieses Zusammenarbeiten gestört. Uns scheinen diese Begriffe, von prinzipiellen psychologischen Erörterungen abgesehen, dem Wunsche einer genauen Beschreibung des psychologischen Tatbestandes nicht zu entsprechen. Es ist sofort zu fragen, wie denn im Sinne der Stranskyschen Definitionen der manisch-depressive Mischzustand zu werten ist, z. B. der manische Stupor. Im Sinn der Definition wäre auch das verspätete Auftreten von Affekten, wie das z. B. Sollier beschreibt gleichfalls als vorübergehende Dissoziation zwischen Noopsychische und Thymopsyche zu bezeichnen. Man beachte doch auch die wechselnde Affektivität der Hysterischen gegenüber den Eindrücken der Außenwelt, wie sie ruhig den Tod ihres Vaters hinnehmen, dann über den Tod ihres Hündchens in lautes Jammern ausbrechen. Schließlich möchte ich noch folgendes vermerken. Der Feigling wird geneigt sein, bei dem der mutig Gefahren entgegen geht, die Dissoziation zu sehen, denn bei jenem ist die Ansprechbarkeit der Affekte der Angst und Furcht entschieden eine verringerte. Es soll nicht geleugnet werden, daß Stransky wichtige Symptome der Dementia praecox gesehen und beschrieben hat. Nur kommt es mir darauf an, hervorzuheben, daß nicht der psychologische Mechanismus das Charakteristische ist, sondern seine Verwebung in das klinische Gesamtbild. Stransky selbst hat übrigens die Beziehungen des Symptoms zu anderen Leiden erwähnt. Jedenfalls müssen wir aber hervorheben, daß die intrapsychische Ataxie im Sinne von Stransky für die Dementia praecox nicht pathognomisch ist.

Urstein bezeichnet als intrapsychische Ataxie jede Disharmonie im seelischen Leben. Damit ist der Begriff soweit geworden, daß er überhaupt nichts bestimmtes mehr bezeichnet. Man hat Dreyfus mit Recht vorgeworfen, man könne mittelst seiner Kriterien bei jedem Menschen manisch-depressives Irresein diagnostizieren. Ebenso kann Urstein mittelst der seinen bei jedem Menschen eine Dementia praecox feststellen. Die Unbrauchbarkeit der Ursteinschen Kriterien geht daraus hervor, daß er schließlich zu dem Resultate kommt die intrapsychische subjektive Hemmung sei nur bei der Dementia praecox festzustellen. Wir halten ihm die von uns gesammelte Kasuistik entgegen.

Bleuler hält eine bestimmte Assoziationsstörung für das Zeichen der Schizophrenie. Es würde zu weit führen eine Kritik des ausgezeichneten Buches in dieser Hinsicht zu versuchen. Ich möchte nur hervorheben, daß das Referat von Trenel den Kernpunkt der Frage zu treffen scheint, wenn es Bleuler vorwirft, er verwechsle eine psychologische Charakterisierung mit klinischen Abgrenzungen.

Diese Erörterungen zielen dahin, daß es bei dem gegenwärtigen Stande der Psychiatrie nicht berechtigt erscheint, bestimmte psychologische Mechanismen für bestimmte Krankheiten in Anspruch zu nehmen. Wir haben uns bemüht zu zeigen, daß selbst komplizierte Symptomengruppen die gleiche psychologische Genese haben können und dabei trotzdem verschiedenen Krankheiten zugehören. Wenn wir bei bestimmten Erkrankungen zu einer Diagnose kommen, auf Grund des psychischen Zustandsbildes, so ist es nicht das einzelne Krankheitssymptom, welches die Erkennung der Krankheit ermöglicht, sondern es ist die bestimmte Gruppierung, welche uns auf empirischem Wege zum Ziele führt. Es gibt meines Erachtens Demenzsymptome, die bei bestimmten Krankheiten nicht vorkommen, es gibt aber keine Demenzsymptome, die einer bestimmten Krankheit wesensmäßig zugehören.

Ich glaube also, daß der Satz verallgemeinert werden kann, daß es schlechthin charakteristische psychologische Symptome nicht gibt. Die psychischen Mechanismen können durch verschiedene Erkrankungen in wesensgleicher Weise abgeändert werden.

Man würde jedoch den genannten Forschern nicht gerecht werden, wenn man nicht berücksichtigte, daß auch sie nicht rückhaltslos von pathognomonischen psychologischen Zeichen sprechen (vielleicht mit Ausnahme Ursteins). So betont insbesonders Bleuler die diagnostische Schwelle der psychologischen Symptome und betont auch, daß man bei der Dementia praecox nicht darauf rechnen könne, jederzeit ein bestimmtes Symptom anzutreffen.

Trotzdem erschien es mir notwendig, den prinzipiellen Gesichtspunkt schärfer hervorzuheben als das sonst geschieht und glaube mich hierin einig mit Kraepelin, der schreibt. „(Ich) komme mehr und mehr zu der Ansicht, daß man sich grundsätzlich hüten muß, einer einzelnen Krankheitserscheinung kennzeichnende Bedeutung zuzumessen. Nicht einmal soweit auseinanderweichende Zustände, wie die manische, die paralytische und die alkoholische Erregung, lassen sich auf Grund eines einzelnen psychischen Merkmals mit Sicherheit voneinander unterscheiden. Wir müssen uns ja wohl auch vorstellen, daß die Krankheitsursachen überall auf vorgebildete Einrichtungen in unserem Gehirn treffen, deren selbständiges krankhaftes Spiel dann im klinischen Bilde zum Ausdruck gelangt. Alle möglichen Reize werden somit durch ihr Angreifen am gleichen Punkte vielleicht ganz ähnliche psychische Krankheitserscheinungen hervorrufen können. Was aber durch verschiedenartige Krankheitsvorgänge schwerlich jemals in ganz gleicher Weise erzeugt wird, das ist, wie schon oben erwähnt, das klinische Gesamtbild, einschließlich der Entwickelung, des Verlaufs und Ausganges.“ Nur ist eben zu sagen: Auch das, was der letzte Satz dieses Passus besagt — wie ja das auch die Fassung Kraepelins andeutet — ist eine gut begründete Hypothese.

Zur pathologischen Physiologie der Depersonalisation.

In dem vorliegenden Abschnitte werden physiologische und pathologische Analogien zu dem Symptomenkomplex, der uns beschäftigt, beigebracht. Dieser Aufgabe wenden wir uns zu, nachdem wir eine möglichst exakte psychologische Analyse der Erscheinungen gegeben haben. Abschließende Resultate sind der

ganzen Sachlage nach nicht zu erwarten. Doch hoffe ich, daß die vorliegenden Ausführungen doch heuristisch von Wert sein könnten.

Ich beginne mit der Frage, inwieweit es möglich ist, durch periphere Eingriffe Erscheinungen hervorzurufen, welche zu dem Symptomenkomplex der Depersonalisation Beziehung haben. Ich gehe aus von einer jüngst erschienen Arbeit von Fabritius. Dieser hat bei Umschnürungsversuchen (er umschnürte Finger und Hand mit elastischen Binden $^3/_4$ Stunden lang an der Basis), Störungen erzielt, welche zu agnostischen Beziehungen haben. So wird ein Kamm zwar als rauh und uneben gefühlt, wird aber nicht erkannt. Bei einer Reihe von anderen Gegenständen das gleiche Resultat. Fabritius führt diese Erscheinungen darauf zurück, daß die feinen Details nicht empfunden werden konnten. Er resümiert dahin, daß durch die Umschnürung eines Fingers oder der Hand eine periphere Sensibilitätsstörung hervorgerufen werden kann, bei der das Erkennen von Gegenständen, sowie feiner Details an denselben, trotz vorhandenen Berührungs- und Lagesinns und Vorhandenseins von Temperatur und Schmerzempfindungen, aufgehoben ist. Fabritius hat bereits die Ähnlichkeit zur Seelenblindheit hervorgehoben. Für uns sind besonders eine Reihe von Angaben wesentlich, welche sich auf eigenartige qualitative Veränderungen des Empfindens beziehen. „Alles was man anfaßt, fühlt sich sonderbar filzig an.“ An einer anderen Stelle wird die Empfindung als sehr verschwommen bezeichnet. Eine andere Versuchsperson gibt von den Temperaturempfindungen an, sie seien rein unkörperlich. „Es ist so sonderbar, man fühlt die Kälte und die Wärme, aber es fehlt das Gefühl des Körperlichen.“ Ich lasse es völlig unentschieden, ob die Annahme von Fabritius zu Recht besteht, es lägen zwei verschiedene Arten von Sensibilität vor, von denen die eine dem Erfassen feinster Strukturen diente. Uns erscheint als das Wichtigste, daß dieses Nichterfassenkönnen des Gegenstandes den Versuchspersonen sonderbar ist und ihn gleichsam vom Objekt entfernt.

Ich habe aus diesem Grunde einige ähnliche Versuche mit kürzerer Umschnürungsdauer angestellt.

Die Angaben waren folgende. Beim Betasten von Gegenständen war es, wie wenn die Konturen nicht richtig wären. Es ist, wie wenn die Hand mit einem Wachstuch überzogen wäre. Sehr interessant war die Angabe bei einem Stichreiz, der mit einem solchen an der nicht abgeschnürten Hand verglichen werden sollte. Die Versuchsperson gab an, „es erschreckt auf der abgeschnürten Seite nicht so sehr.“ Bis zum Nichterkennen der Gegenstände wurde die Abschnürung nicht ausgedehnt. Ich selbst verspürte in der abgeschnürten Hand eine abnorme Leichtigkeit, so etwa, als wenn die Hand im Wasser läge und Auftrieb erfolgte. Der Schmerz war weniger substanziell als unter normalen Verhältnissen. Die Gegenstände waren eigenartig glatt.

Ich glaube nicht, daß die Ähnlichkeit dieser Erscheinungen mit den Angaben Depersonalisierter verkannt werden kann. Ich glaube auch, daß die Erklärung nicht allzu schwierig ist. In beiden Fällen ist das Wesentliche der Erscheinung die Unfähigkeit sich voll einzuleben.

Es war von Wichtigkeit sich umzusehen, ob auf anderen Sinnesgebieten ähnliches vorgefunden wird. Hier ist zu erwähnen, daß Siemerling experimentell einen Zustand hervorrufen konnte, welcher dem der Seelenblindheit ähnlich ist, lediglich durch Herabsetzung der Sehschärfe und durch Monochromansie.

Leider fehlen Angaben darüber, ob an den Gegenständen der Eindruck des Fremdartigen haftete. Man kann folgenden ganz einfachen Versuch machen. Man betrachtet eine wohlbekannte Gegend aus einem Dunkelzimmer heraus, das durch ein farbiges Glas von stark abdunkelnder Kraft abgeschlossen ist. Es erscheint dann die Gegend nicht bloß dunkler, unbestimmter und rotgefärbt, sondern es haftet dem Ganzen ein schwer zu beschreibender Ton von Fremdheit und Sonderbarkeit an. Es ist wie eine Gegend aus dem Märchen. Ich habe diesen einfachen Versuch auch von anderen machen lassen. Sie bestätigten meine Angaben.

Hierher gehören auch die Versuche, die Stratton angestellt hat. Stratton erreichte es durch vorgesetzte Glaslinsen, daß das Bild auf der Retina um 180° gedreht erschien. Ein Auge wurde ausgeschaltet, das andere mit dem Apparat versehene Auge wurde mehr als 20 Stunden auf die Wirkungen der Umkehrung für das Sehen geprüft. In der ersten Zeit des Sehens schienen alle diese Bilder, obwohl sie klar und bestimmt waren, nicht wirkliche Dinge zu sein, wie beim normalen Sehen, sondern sie schienen verschoben und als falsche oder illusorische Bilder zwischen dem Beobachter und den Objekten. Mit der Zeit wurden die gesehenen Bilder zu realen Dingen und die Versuchsperson fühlte endlich ihre Füße an den Fußboden stoßen. (Mit Recht nimmt Jaspers an, daß auch das verkehrt gesehene Leibhaftigkeitscharakter hatte.) Das, was uns an diesen Versuchen wichtig ist, ist wieder das, daß die Möglichkeit des Sich-Hineinversetzens in die Umwelt gestört war. Genommen wird hierdurch nicht der Charakter der Leibhaftigkeit, sondern es stellen sich nur eigenartige Töne der Fremdheit ein.

Auch auf das akustische Gebiet lassen sich diese Erwägungen ausdehnen. Ich selbst verfüge über eine Beobachtung, wo ich bei Verschluß der Tuben durch Schnupfen beim Sprechen meiner selbst und meiner Umgebung den Eindruck des Fremdartigen hatte.

Resümieren wir das Bisherige: Auf einer Reihe von Sinnesgebieten lassen sich durch periphere Eingriffe Erscheinungen hervorrufen, welche zu den Erscheinungen der Depersonalisation gewisse Beziehung haben. Sie sind — um uns vor Mißdeutungen zu schützen — nicht identisch. So versichert auch ein Patient von Dugas, die Störung während der Depersonalisation sei anders als die, welche er während eines Tubenkatarrhes empfunden hätte. Es sind Analogien insofern, als das volle Erleben auch hier gestört ist. Aber der prinzipielle Unterschied liegt darin, daß bei den peripheren Eingriffen das Rohmaterial der Sinnesempfindung angegriffen wird, bei der Depersonalisation nicht. Andererseits sind gleichsam die Störungen bei peripherer Läsion passagerer, die sekundäre Störung des Erfassens wird korrigiert. Nur am Anfang erscheinen in den Versuchen Strattons die Gegenstände wie nicht wirklich.

Von einer besonderen Wichtigkeit sind jedoch Reizerscheinungen und Empfindungsabänderungen am Vestibularapparat. Bonnier hat eine Reihe von einschlägigen Beobachtungen mitgeteilt. Bevor ich sie wiedergebe sei noch vermerkt, daß gerade hier Unterscheidungen getroffen werden müssen. Sicher werden vom Vestibularapparate aus eine Reihe wesentlicher Funktionen mit beeinflußt. Allers führt eine Fülle von Phänomenen auf labyrinthäre Störungen zurück. Wir sind nicht in der Lage zu trennen, inwieweit die von Bonnier beschriebenen Erscheinungen auf Beeinflussung (reflektorisch) anderer

Apparate zu beziehen sind, inwieweit der mächtige Eindruck der Schwindelempfindung auf psychologischem Wege das Hineinversetzen in die Umwelt hindert. Man darf erinnern, wie häufig Krishaber Schwindelerscheinungen bei seinen Fällen konstatierte. Auch Löwy (in „meteorische Unruhebilder") teilt Ähnliches mit.

Die Fälle Bonniers sind folgende:

Fall 1. Ein Kranker mit labyrinthärem Schwindel zeigt in den Zwischenzeiten Attacken, welche in einer Aufhebung jeder bewußten Lokalisation in den Sinnesgebieten bestanden. Ein Nebel legte sich vor seine Augen, er hatte Ohrgeräusche, bemerkte Berührungen ohne sie zu lokalisieren, er ging ohne zu schwanken, aber er fühlte nicht, daß er ging. Die Töne, die er ausgezeichnet hörte wurden nicht lokalisiert und nach außen verlegt. Der Patient sagte: In den kurzen Momenten der Krise fühle ich weiter, aber nichts ist irgendwo und ich selbst bin auch nirgends.

Da nicht von Schwindelgefühlen berichtet wird, kann hier nur an reflektorische Beeinflussungen gedacht werden.

Fall 2. Ein Kranker mit Menièreschem Schwindel hatte zeitweise leichten Schwindel mit völliger Aufhebung seines Persönlichkeitsbewußtseins. Er wußte ganz genau von dem Schwinden und das Wiederkommen seiner Persönlichkeit.

Fall 3. Eine Frau mit Menièreschem Schwindel, mit Konvulsionen und anscheinendem Bewußtseinsverlust. Gleichwohl kann sie nachher angeben, was sie erlebt hat.

Fall 4. Eine Patientin hat gleichzeitig mit einer Ohrerkrankung Schwindelanfälle, in denen ihre Persönlichkeit aufgehoben ist, in denen sie alles bemerkt, handelt und spricht, aber äußere und innere Wahrnehmungen nicht sich selbst zuteilt.

Fall 5. Eine Kranke mit labyrinthärem Schwindel hat den Eindruck, daß etwas, was sie nicht fühlt, sieht und hört, gegen sie los stürzt. Manche Kranke haben das Gefühl eines Abgrundes vor sich.

Fall 6. Ein Kranker hat gleichzeitig mit Schwindelanfällen den Eindruck, in mehrere Personen geteilt zu sein, in eine, die ihre Stellung nicht verändert hat und in eine zur rechten Seite, die ihn von außen betrachtet. Wenn die beiden Personen verschmelzen, schwindet der Schwindel.

Fall 8. Eine Hysterische mit alter Ohreiterung und vorübergehendem Schwindel gibt an, der Schwindel gebe ihr die Empfindung körperlich nicht zu existieren. Wenn sie sich diesem Gedanken hingebe, trete die Furcht auf, plötzlich zu sterben.

Fall 9. Ein anderer Kranker verliert bei den geringsten äußeren Anlässen das Bewußtsein seiner eigenen Existenz, er weiß nicht, wie er sich in dem Saale orientiert, wo er ist. Es überkommt ihn Angst ohne Schwindel und er verliert diesen Zustand nur, wenn er den Kopf schüttelt.

Sicher sind diese Beobachtungen, wie schon früher angedeutet, nicht einheitlicher Natur. Vor allem muß an die starke reflektorische Beeinflussung gedacht werden, die der Schwindel auf zahlreiche nervöse Apparate ausübt. Vielleicht kann man auch an vasomotorische Vorgänge denken. Es ergeben sich Übergänge zu den Fällen von Migräneattacken, die ich im folgenden noch mitteilen werde. Anderenteils muß berücksicht werden, daß die Unfähigkeit sich in den Raum einzuleben, psychologisch rückwirkt auf andere Funktionen. Es ist schwierig, sich von diesen komplizierten Zusammenhängen ein klares Bild zu machen und zu entscheiden, welcher Faktor in einem gegebenen Fall der entscheidende ist.

Im ganzen muß aber mit Entschiedenheit daran festgehalten werden, daß durch periphere Beeinflussung Zustände geschaffen werden können, die eine mehr als äußerliche Ähnlichkeit mit den Störungen der Depersonalisation besitzen.

Eine größere Ausbeute ist nach dem bisherigen Erwähnten zu erwarten bei mehr zentral sitzenden Störungen. Ich beginne zunächst mit einem Versuch

in der Seelenblindheit, verwandte Elemente aufzuzeigen. Nun muß unseres Erachtens geschieden werden zwischen Fällen von Seelenblindheit, von dem Typus den Lissauer beschreibt (hierher gehören auch die Fälle von F. Müller und Stauffenberg) und den Fällen von Seelenblindheit, wie sie Wilbrand im Auge hat. In dem von Lissauer beschriebenen Krankheitsfall dominiert die Unfähigkeit und zwar eine bestimmt charakterisierte Unfähigkeit, die Objekte zu erkennen. Lissauer konstatiert, daß eine wesentliche Einbuße des optischen Denkens nicht vorhanden ist. Angaben über Fremdheit der Objekte sind im Lissauerschen Falle nicht vorhanden. Auch Fälle dieser Art bieten viel des Interessanten, die Schwankungen des Zustandes, die Ratlosigkeit vor den Objekten. Wir werden diese Tatsachen beachten müssen, denn es führen Brücken von dem Falle Wilbrands, in dem zweifellos anfangs Verkennungen vorhanden waren, zu diesen Fällen.

Ein ganz anderes Interesse bieten die in folgendem mitzuteilenden Fälle. Auf eine Beobachtung Monakows, der von einem Landschaftsmaler berichtet, der durch Hirnerkrankung sein optisches Erinnerungsvermögen eingebüßt hatte, gehe ich nicht ein, weil die Angaben nicht hinreichend sind, um sich ein Bild von der Störung zu machen. Ich wende mich vielmehr den Fällen von Charcot und Wilbrand zu.

Die Beziehungen der Depersonalisation zur Seelenblindheit sind von den meisten Autoren vollständig übersehen worden. Nur Janet und Pick haben sie gestreift. Janet vermutet, der berühmte Fall von Charcot sei ein „scrupuleux“ gewesen, begründet aber seine Anschauung nicht näher. Er dehnt sie auch nicht auf Fälle mit sicher organischem Befunde aus. Pick hat darauf verwiesen, daß die Sehstörungen der Depersonalisierten Wesensbeziehungen zu Herderkrankungen des Gehirns haben. Er hebt hervor, daß viele Patienten über Diplopie, Metamorphopsie, Mikropsie und Orientierungsstörungen klagen. Und Pick verweist noch besonders darauf, daß bei der sog. Seelenblindheit Sehstörungen eigentümlicher Art vorlägen, welche sich mit den bisherigen Methoden nicht meßbar darstellen ließen. Auch auf die Ergebnisse von Studien über Intoxikation wird verwiesen.

Niemand hat jedoch bisher betont, daß die Fälle von Wilbrand und Charcot in ganz wesentlichen Punkten Klagen äußern, welche denen der Depersonalisation entsprechen. Zunächst sei der Fall Charcots in den wesentlichen Punkten referiert.

Herr X., der ausgezeichnetes visuelles Gedächtnis besaß, während das Gedächtnis für Gehörseindrücke schlecht war, erlitt geschäftliche Aufregungen, verlor Appetit und Schlaf. Eines Tages trat vollständige Verwirrung ein und Herr X. befürchtete, weil ihm alles so neu und fremdartig in seiner Umgebung vorkam, den Beginn einer Geisteszerrüttung. Er war nervös und reizbar geworden. Trotzdem er alles deutlich sah, hatte er das optische Gedächtnis für Formen und Farben verloren. Er konnte jedoch seine Geschäfte leidlich führen, indem er sich seines Gedächtnisses in anderer Weise bediente. Jedesmal, wenn er nach Hause zurückkehrt, betrachtet er die Monumente, die Gebäude und Straßen mit demselben Erstaunen, als wenn er sie zum ersten Male sehe. Gleichwohl findet er sich in den Straßen zurecht. Er kann den Hauptplatz einer ihm bekannten Stadt nicht wieder zeichnen. Die Zeichnung eines Minarets ist primitiv. Er beschreibt eine Arkade recht genau, klagt aber, keine bildliche Vorstellung zu haben. Als er einen Baum schlecht gezeichnet hat, sagt er: „Ich weiß nicht, ich weiß gar nicht wie das zustande gekommen ist“. Die Züge der Angehörigen erschienen ihm ungewohnt. Sein eigenes Bild im Spiegel war ihm derart fremd, daß er auf uns zutrat mit der Bitte ihm Platz zu machen. „Meine Frau hat schwarze Haare, ich bin

mir dessen ganz sicher bewußt, ich kann aber in meinem Gedächtnis diese Farben ebenso wenig wiederfinden, wie ich mir eine Vorstellung von ihrer Person machen kann." Auch längst Vergangenes kann er sich nicht vorstellen. Seit dieser Zeit versucht X. sich durch akustische Vorstellungen und Bewegungsvorstellungen zu behelfen. Er gibt an, allmählich die Empfindung des inneren Hörens gewonnen zu haben. Er träumt nicht mehr bildlich. Die griechischen Buchstaben erkannte er nicht mehr in der gleichen Weise wie früher. Die objektive Untersuchung ergab eine Myopie von sieben Dioptrien und eine leichte Abschwächung der Farbenempfindung, welche sich gleichmäßig auf alle Farben erstreckte. Besonders wichtig sind aber die eigenen Aufzeichnungen des Kranken. Er betont, daß seine Eindrücke eine völlige Veränderung erfahren haben, trotzdem er im Besitz seines abstrakten Denkvermögens sei. Er staune täglich über die Dinge, die ihm bekannt sein müßten. „In dem Umstande nun, daß meine Empfindeungen, oder vielmehr meine Eindrücke etwas Undefinierbares, Fremdes an sich haben, scheint mir der Grund für die vollständige Umwandlung zu liegen, die sich mit meiner Existenz vollzogen hat; und selbstverständlich hat sich auch mein Wesen in merklicher Weise verändert. Früher war ich empfändlich für Eindrücke, leicht enthusiasmiert, und ich besaß eine reiche Phantasie; — jetzt bin ich still, kalt und meine Phantasie kann meine Gedanken nicht mehr weiter tragen." „Ich bin viel weniger zugänglich für einen Ärger oder einen Seelenschmerz. Ich habe Ihnen mitgeteilt, daß ich neulich meine Mutter verloren habe, an der ich mit inniger Liebe hing. Ich habe einen viel geringeren Schmerz dabei empfunden, als wenn ich noch das Vermögen besessen hätte, im Geiste die Physiognomie meiner Mutter, die Phasen der Krankheit, welche sie durchgemacht hat, zu sehen, und vor allem, wenn ich mir im Geiste bildlich hätte den äußeren Effekt vorstellen können, welchen dieser frühzeitige Tod bei den Gliedern meiner Familie hervorgerufen hat" [1]).

Das, was in diesem Falle für Depersonalisation spricht, ist, daß neben den Störungen im optischen Gebiet auch solche im Gemütsleben vorhanden sind. Beide Elemente der Depersonalisation, Fremdheit der Außenwelt und Fremdheit des Ich, sind nachweisbar. Der Kranke spricht von einer vollständigen Umwandlung seiner Existenz. Er bezeichnet sich als still und kalt. Auffallend ist, daß über Störungen auf anderen Sinnesgebieten nichts berichtet ist, daß solche übersehen wurden, erscheint deswegen als unwahrscheinlich, weil auch die ebengenannten Allgemeinstörungen nicht als selbständig anerkannt wurden. Trotzdem sind sie der Aufmerksamkeit des Patienten und des Untersuchers nicht entgangen. Daß der Erkrankung Aufregung und Sorge vorhergingen sei noch vermerkt.

Haben wir es nun hier mit einer Allgemeinerkrankung zu tun oder mit einer lokalisierbaren Störung? Bevor wir auf diese Frage eingehen, referieren wir noch kurz den Fall Wilbrands und heben dabei wieder jene Störungen besonders hervor, welche zur Depersonalisation Beziehung haben.

Fräulein G., eine 63jährige, hat stets ein gutes Sehvermögen besessen. Am 8. März 1881 brach die Patientin plötzlich bewußtlos zusammen. Sie lag mehrere Wochen zu Bett, erkannte den Arzt nicht, wurde für blind gehalten, aber sie gibt präzise an, schon damals gesehen zu haben. Beim Verlassen des Bettes kam ein eigentümlicher Zustand von Nichtsehen und doch wieder Sehen können, den sie als Traumzustand bezeichnet. Sie sah nur geradeaus und nach oben, nach links und nach links unten wurde nichts wahrgenommen. Den Hund hielt sie in den ersten Wochen ihrer Rekonvaleszenz für den Arzt und das Dienstmädchen bezeichnete sie als den gedeckten Tisch. Das Ortsgedächtnis für Straßen und Plätze, ja für die eigene Wohnung ist defekt. Bei ihrem ersten Ausgang nach dem Anfall war das Aussehen der Stadt verändert und völlig fremd. „Wenn sie es sagen, daß dies der Jungfernstieg, jenes der neue Wall und hier das Stadthaus ist, dann wird es auch so sein, ich kann es aber nicht wieder erkennen." Doch sind die Angaben über jene Zeit mangelhaft. Die auffallende fremdartige Veränderung optischer Eindrücke versetzte die Patientin in

[1]) Unter Benützung der Übersetzung von Wilbrand.

Unruhe. Sie wußte sich am eigenen Orte und doch war ihr derselbe völlig fremd. Sie verließ nie ohne Begleitung ihre Wohnung. Vier Jahre nach dem Anfall 1885 konnte folgender Befund erhoben werden: Sie ist intelligent, gab an, früher eine lebhafte optische Phantasie besessen zu haben. Sie träumt fast gar nicht mehr bildlich. Die objektive Untersuchung der Augen ergab normale Sehschärfe und normalen Farbensinn. Es bestand eine inkomplete homonyme Hemianopsie sowie ein hemianopischer Defekt im unteren Oktanten beider rechten Gesichtshälften. Innerhalb der linken Gesichtshälfte eine Zone, in welcher noch Helligkeit erkannt wurde. Im übrigen keine Störungen der Sehschärfe, Pupillen und Augenbewegungen normal. Sie schreibt fehlerlos, läßt jedoch in Briefen häufig einige Worte aus oder schreibt sie auch doppelt, Verständnis für Gebärden ist vorhanden. Sie klagt über Mangelhaftigkeit ihres bildlichen Vorstellens. Die Eindrücke stünden ihr lebendig, aber nicht bildlich vor der Seele. Bei geschlossenen Augen könne sie sich die Stadt Hamburg vergegenwärtigen. Alles, was sie sieht, hat einen fremden eigenartigen Charakter. Selbst die einzelnen Möbel im Zimmer kommen ihr anders vor. Gleichwohl sieht sie alles vollkommen deutlich. Auch das eigene Zimmer erscheint fremd und eigenartig. Auch im Spiegel sehe sie sich ganz fremd wieder. Sie sehe sich gar nicht ähnlich. Sie befürchtet Geisteskrankheit. Die Physiognomien von Personen hinterlassen keinen bildlichen Eindruck. Sie könne sich jedoch den Klang der Stimme ihrer Besucher vergegenwärtigen. In der ersten Zeit habe sie niemanden beim Eintritt ins Zimmer erkannt, wenn er nicht gesprochen hätte. „Mein Gehör ist geradezu auffallend besser geworden." Das Zeitmaß sei ihr stets im Unklaren. „Ich kann mit der Zeit nicht fertig werden, alles zieht sich in die Unendlichkeit hinein. Ein in die Hand gegebener Bleistift erweckt sofort die entsprechende bildliche Vorstellung. Der Anblick der Gegenstände auf dem Tische macht sie verwirrt. Auch der Anblick vieler Menschen macht ihr Angst. Beim Treppabwärtssteigen verwirrten sie die vielen Treppenstufen. Es treten auch Zustände von „verkehrtem Denken" auf. Es beherrscht sie dann die Vorstellung, es sei an Stelle der Schlafstube die Straße und ihre Kommode stände auf dieser. Bisweilen staunte sie fremde Gegenstände auf der Straße an, z. B. einen Fleischerwagen. Beim Suchen nach Gegenständen versagt sie oft. Sie ist reizbar und nervös geworden, es treten explosionsartige Empfindungen im Kopfe auf mit plötzlichen Lichtempfindungen. Allmählich trat noch ein Rückgang im Gesichtsfelddefekt auf. Im April 1885 hört das verkehrte Denken auf, die Gegenstände verlieren allmählich den fremdartigen Charakter. Aber auch jetzt denkt sie noch beim Betrachten eines beliebigen Gegenstandes, „mein Gott, was mag denn dies für ein Ding sein". Sie findet jetzt ihren Weg, kann auch beschreiben, wie sie gehen soll, gibt jedoch an, sie müsse alle drei Schritte fragen. Ein Gebäude, das sie früher gesehen hatte, kommt ihr jetzt kleiner vor. Auf dem linken Ohre hat sie ein Brausen. Die Empfindung des Blasenplatzes im Kopf ist jetzt viel weniger auffällig. Im September 1885 gibt sie an, nur ein mechanisches Leben zu führen. „Will ich z. B. mich abends zu Bette begeben, dann denke ich, du mußt dir noch dies und jenes zurecht legen und manches in Ordnung bringen. Komme ich dann in mein Schlafzimmer, so bemerke ich mit Erstaunen, daß ich schon alles selbst besorgt hatte. Alles liegt in bester Ordnung auf seinem Platze, es wurde aber mechanisch von mir vollführt und ich wußte nicht, daß diese Arbeit schon getan war." Sie kann jetzt auch Gegenstände und Situationen aus Gedichten gegenständlich vorstellen. Zeitweise traten auch Schwindelanfälle ein. In diesem Falle steht uns auch ein Obduktionsbefund zur Verfügung. Es fand sich rechts der Lobus fussiformis tief eingesunken, der Herd erstreckte sich bis zum rechten Hinterhauptslappen. Der Cuneus in seiner Hinterfläche stark reduziert und weich. In der linken Hemisphäre, in der Markstrahlung der zweiten Okzipitalwindung, in der Tiefe der die zweite von der ersten Okzipitalwindung trennenden Furche, eine kleine Höhle, an die sich frontalwärts eine erweichte Zone anschließt. Diese geht weiter nach vorn allmählich in einen frischen Erweichungsherd über, der die zentrale Markmasse der Hemisphäre vollständig zerstört hat.

Wie ist nun dieser Fall zu deuten. Ich führe zunächst jene Erscheinungen an, welche kaum auf die Seelenblindheit als solche bezogen werden können. Das sind die Klagen über Automatismus (welche allerdings erst im späteren Verlauf der Erkrankung geäußert werden) und die Klagen über das verkehrte Denken. Das verkehrte Denken werden wir in präziserer Fassungsweise als Zwangsdenken resp. als Zwangsvorstellung bezeichnen können. Es findet sich schon in der ersten Beobachtungszeit. Schließlich sind zu erwähnen die Klagen

über das Platzen der Blasen im Kopfe, über das Ohrensausen und über die Störung des Zeitsinnes. Schließlich gibt die Patientin an, deutlicher zu hören. Von diesen Klagen ist die über Automatismus uns vollkommen geläufig, sie ist eine der Hauptklagen der Kranken in der Depersonalisation. Das Zwangsdenken könnte auf die Unvollständigkeit des optischen Erkennens bezogen werden. In der Tat hat Förster, welcher an diese Erscheinungen erinnert, eine ähnliche Deutung vorgeschlagen. Die Angabe feiner zu hören, könnte man gleichfalls auf die geringere Wertigkeit des Optischen im Seelenleben beziehen als eine Art Kontrastwirkung. Das Ohrensausen kann jedoch nicht in irgend einer Weise auf den Defekt des Sehens bezogen werden. Erinnern wir uns, wie häufig Krishaber über derartige Störungen bei seinen Patienten berichtet hat.

Wir wollen nun die optischen Störungen, welche die Patientin bot, vergleichen mit denen der Patienten unserer Beobachtung. Es müssen zunächst für die Wertung jene Störungen ausgeschlossen werden, welche auf dem Gesichtsfelddefekt zu beziehen sind. Hierher gehört zunächst das Nichtfindenkönnen bei der Patientin (auch Wilbrand gibt diese Erklärung), vielleicht ist auch ein gewisser Teil der Orientierungsstörungen auf diesen Faktor zurückzuführen. Eine selbständigere Bedeutung haben die Angaben über die Fremdartigkeit, die die Umgebung auf sie macht. Hier aber entsprechen die Angaben der Patientin fast wörtlich denen unserer Kranken. Man sehe daraufhin die beigefügte Kasuistik durch. Auch die Angaben über Angst und Verwirrtheit, durch den ungewohnten Eindruck der Gegenstände, sind uns nichts Fremdes. Krishaber hat bei einem seiner Patienten Ähnliches gesehen. Die Orientierungsstörungen der Kranken sind schwerer als sonst bei Depersonalisierten. Es ist zu erwägen, ob nicht der Gesichtsfelddefekt den Unterschied hervorbringt. Zieht man diesen in Betracht, so wird man nicht zögern, beide Erscheinungen miteinander in Parallele zu setzen, ja sie als identisch zu bezeichnen. Besonders muß uns noch die Frage beschäftigen, ob die Patientin Gegenstände wirklich verkannte. Die ersten dieser Angaben stammen aus der Erinnerung der Kranken. Bedenkt man, daß z. B. die Kranken Janets angaben, sie erkannten überhaupt nichts, so wird man die Behauptung der Patienten nicht ohne weiteres als beweisend ansehen. Allerdings ist die Verwechslung mit anderen Gegenständen auffällig. Wenn die Patientin sagt, sie hätte einen Fleischerwagen angestaunt, so erkennt man schon aus der Schilderung, daß der Fleischerwagen erkannt wurde. Sie verwechselt jedoch auch ihr Dienstmädchen mit einem gedeckten Tisch. Es ist das eine willkommene Bestätigung der organischen Art der Störung, denn das entspricht den Verkennungen in den Fällen von Lissauer, Stauffenberg etc. Im wesentlichen muß gesagt werden, daß die Sehstörungen der Patientin in fast allen Punkten denen der Depersonalisierten entsprechen. Besonders verweise ich noch darauf, daß auch ihr das eigene Spiegelbild zu einer Zeit fremd erscheint, wo sie an anderen keine wesentliche Veränderung bemerkt. Wenn schließlich die Patientin, auch in den späteren Lebensjahren, den Hausbewohnern klagt, sie sehe nichts und doch wieder alles, so rufen wir die Äußerung des Kranken Hirts ins Bewußtsein: „Wiewohl ich sehe, ist es mir, als ob ich blind wäre.“

Die Ähnlichkeit des Charcotschen und des Wilbrandschen Falles mit den Fällen der Depersonalisation ist eine derartig große, daß ich mir die Frage vorgelegt habe, ob es überhaupt berechtigt ist, die beiden Beobachtungen als

organische Herderkrankungen zu deuten. In dem Wilbrandschen Falle ist die Hirnerkrankung durch den klinischen und autoptischen Befund sichergestellt. Nichtsdestoweniger erhebt sich die Frage, ob diejenigen Störungen des Sehens, welche nicht durch den Gesichtsfelddefekt erklärt werden, nicht Störungen sind, welche auf einen rein psychischen Mechanismus zu beziehen sind. Man könnte sich das etwa in der Art denken, daß das Individuum, im Sehen gestört, schließlich nicht mehr voll in sein Sehen eingeht. In der Tat glaube ich, daß dieser psychische Mechanismus vorhanden ist, aber es liegt kein Grund vor, anzunehmen, daß diese psychische Veränderung nicht hirnanatomisch begreifbar ist. Im Gegenteil, ich komme zum Teil auf Grund der vorhin angestellten Erwägungen zu dem Resultate, daß die Unmöglichkeit, Gesehenes zu erfassen, durch Hirnläsion zustande kommen kann.

Hier ist folgendes einzufügen: Wir haben als deskriptiv wesentlich für das Erleben der Depersonalisierten hervorgehoben, daß es nicht nur unvollständig, sondern auch widersprochen ist. Wie kann man denn die Widersprochenheit des Erlebens anatomisch deuten wollen, wird man fragen. Hier liegt eben eine Forderung der Empfindung vor, zum vollen Erlebnis zu werden, welcher nicht Genüge geleistet wird. Die Unvollständigkeit ist keine Unvollständigkeit schlechthin, sondern eine solche, welche, eine Forderung zur Vervollständigung in sich schließt. Man beachte doch, wie die Patienten von dem Typ Lissauers sich benehmen, wenn sie Optisches erfassen sollen. Bei Stauffenberg findet sich eine gute einschlägige Abbildung. Pick hat schon hervorgehoben, daß derartige Kranke im Gegensatz zum kortikal Blinden, ihre Krankheitserscheinungen übertreiben.

Es fragt sich, welche Tragweite man diesem Resultat zuschreiben soll. Das Nächstliegende ist folgendes: Es ist gar nicht aufgedeckt worden, eine Beziehung zwischen Psychischem und seinem Hirnkorrelat. Ebenso wie ich durch Vorsetzen eines roten Glases vor das Auge mir die Umwelt entfremden kann, ebenso ist dem Seelenblinden die Umwelt entfremdet, dadurch, daß die Wahrnehmung eine parästhesiche ist. Aber es ist diese Parästhesie durch nichts erwiesen. Im Gegenteil, die Untersuchungen berichten davon, daß eine gröbere Störung im Empfindungsrohmaterial nicht vorlag. Jedenfalls drängen die Tatsachen zu dem Schlusse, daß es Abänderungen des Empfindungsrohmaterials bei zentraler Läsion gibt, welche sich nur darin äußern, daß das Eingehen des Individuums ein unvollständiges und widersprochenes wird. Es sind eben diese Störungen nicht mehr vage Analogien zur Depersonalisation, wie die Störungen nach Eingriffen an der Peripherie, sondern sie entsprechen genau den Erscheinungen, die uns beschäftigen.

Es ist aber auch für diese Auffassung nicht ohne weiteres begreiflich, daß diese Funktion des vollen Erfassens (die fonction du réel) allgemeinere Störungen erfahren hat. Die Kranke Wilbrands geht auch in ihren Handlungen nicht voll auf. Der Kranke Charcots kann sich ebensowenig in seine Gefühle, wie in seine Gesichtsvorstellungen einleben.

Es ist also wünschenswert, noch nach anderen Bestätigungen unserer Auffassung zu suchen und hier greifen wichtige Beobachtungen Schusters ergänzend ein. Schuster hat bei einem Alektischen, der, wie das bei diesen Kranken häufig ist, vereinzelte Symptome der Seelenblindheit zeigte, nachweisen können, daß er nicht zu einem vollen Eindruck des süßen Geschmacks kam,

wiewohl die objektive Untersuchung keinen entsprechenden Defekt erkennen ließ. Der Kranke konnte gar nicht genug Zucker in seinen Kaffee tun, Oesterreich hat bereits in einem ähnlichen Zusammenhange auf diese Beobachtungen verwiesen. Die Tatsache ist um so wichtiger, da nur dieses Sinnesgebiet neben dem Optischen noch beteiligt ist. Mir scheint, jeder Versuch einer Deutung der Erscheinung als psychogener Zutat unmöglich. Auch Schuster sucht nach einer hirnanatomischen Erklärung der Erscheinung. Er führt übrigens noch eine Reihe von Fällen von Alexie an mit Geruchs- und Geschmacksstörungen. Doch sind diese Fälle für unsere Fragen nicht genügend eingehend untersucht. (Berkhan, Thomsen, Müller). Es sei noch besonders darauf verwiesen, daß im Falle Schusters die Erkennung zweidimensionaler Gebilde gestört war. Die Sehstörung würde sich also mehr dem Typus Lissauers nähern. Vielleicht verweist das doch auf eine enge Verwandtschaft beider Typen (die übrigens auch Stauffenberg annimmt). Wir vermerken übrigens noch, daß der Kranke manchmal darüber jammert, daß er nicht gut sehe und alles in einem Dunst sei.

Verweisen wir schließlich nochmals auf jene Fälle von Hirnschädigung, welche den Symptomenkomplex der Depersonalisation mehr oder minder vollständig aufweisen: Es sind das Epilepsie und die Migräne-Attacken. Nach allem muß es als gesichert gelten, daß eine hirnphysiologische Betrachtungsweise hier anwendbar ist, ja wir können sogar eine topische Deutung nicht als unmöglich ansehen.

Der neueste Bearbeiter der Seelenblindheit, Stauffenberg, hält zwar diese nicht für eine schlechthin lokalisierbare Störung, sondern zieht die Diaschisis im Sinne Monakows zur Erklärung mit heran. Es handle sich stets um ein Syndrom, niemals um einen isolierten Ausfall. Die starke Beteiligung höherer psychischer Elemente bei dem Akte des Erkennens machte es unwahrscheinlich, daß man es mit einem sog. Herdsymptom zu tun habe. „Die Seelenblindheit stellt sich dar als eine asemische Störung höherer Art, deren Zustandekommen ein Herd höchstens auslösen kann, wenn jene mannigfachen komplizierten Momente gegeben sind, die wir nur andeuten konnten, deren feineres Wesen uns aber noch völlig unbekannt ist."

Ich kann mich diesen Ausführungen in weitgehendstem Maße anschließen. Nur bestreite ich, daß bei den Aphasien andere Verhältnisse vorliegen, man vergleiche doch die ausgezeichneten Ausführungen, die Bergson in „Materie und Gedächtnis" gegeben hat. Schon der Schluß Stauffenbergs, daß neben der groben örtlichen Läsion Momente allgemeiner Natur vorhanden sein müssen, kann nur dann als berechtigt angesehen werden, wenn man sich vergegenwärtigt, daß diese Momente allgemeiner Natur bei jeder Erkrankung der Kortex eine wesentliche Rolle spielen, wenn man von den elementaren Störungen der motorischen Region und der Sinnesflächen absieht.

Stauffenberg macht übrigens keinen prinzipiellen Unterschied zwischen der sog. apperzeptiven und der sog. assoziativen Form der Seelenblindheit. Ich kann hier die Berechtigung dieses Standpunktes nicht diskutieren. Unsere Ausführungen zielen zunächst nur auf die Charcot-Wilbrandsche Form hin. Betreffs der anderen können wir mangels eigenen Materials nichts Entscheidendes beibringen. Ich glaube auch konstatieren zu können, daß bezüglich unserer begrenzten Gruppe fast auf alle jene Fragen Antwort gegeben werden konnte, die Külpe in seinem Referate über Psychologie und Medizin aufgeworfen hat.

Vielleicht wird sich auch hier das Studium funktioneller Erkrankungen (im weitesten Sinne) ebenso bewähren, wie für die Sprachstörungen (Pick, Kleist).

Man verkenne die Absicht dieser Erwägungen nicht. Sie stellen den Versuch dar, von einem eng umgrenzten Gebiete aus die Möglichkeit zu erweisen, daß kompliziert Psychisches elektiv durch Hirnläsion gestört werden kann. Als Endziel schwebt vor, eine Lokalisation neurasthenischer und hysterischer Beschwerden. Freilich wird nicht etwa versucht, Vorstellungen oder bestimmte Fähigkeiten in bestimmte Hirnteile hineinzudenken, sondern mich leitet der Gedanke zerebraler Mechanismen, welche von bestimmten Punkten aus gestört werden können. Und diese Mechanismen denke ich parallellaufend mit psychischen Mechanismen. Ob es sich um die letzten psychischen Parallel-Vorgänge handelt, kommt hier gar nicht in Frage, wie denn überhaupt das Parallelismusprinzip hier nur heuristisch verwertet wird. Unsere Vorstellungsweise hat nichts zu tun mit einer Leib-Seelentheorie des Parallelismus[1]).

Das wichtige Problem, das uns hier beschäftigt, ist folgendes: Können psychische Krankheitserscheinungen, welche uns verständlich sind, hirnmechanisch gedeutet werden? Kann z. B. eine hysterische Lähmung hirnmechanisch erfaßt werden, wenn ich weiß, daß sie durch den Wunsch zustande gekommen ist, die Hand nicht zu bewegen.

Hier hat man sich die Unterschiede psychologischer und somatischer Kausation scharf vor Augen zu stellen. In unserem eigenen Materiale erkannten wir als das Charakteristische des Depersonalisations-Erlebnisses die Widersprochenheit und fanden es sogar berechtigt, an Komplexwirkungen zu denken. Für enge Gebiete der gleichen Störung forderten wir Hirnläsion, welche das „Vollesichhineinversetzen" in einen gegebenen Inhalt stört. Wir sind der Ansicht, daß sich beide Betrachtungsweisen ergänzen. Sollte sich nicht für das Gebiet der Hysterie Ähnliches vermuten lassen? Das Buch di Gasperos, welches auf eine Reihe wesentlicher, nicht direkt gewollter Phänomene bei der hysterischen Lähmung hinweist, stellt einen verheißungsvollen Anfang dar.

Von den Vermutungen, welche noch nicht einmal zu Hypothesen ausgebaut werden konnten, wenden wir uns wieder den Tatsachen zu.

Es fragt sich, sind auch auf anderen Sinnesgebieten ähnliche Erscheinungen bekannt. Das muß nun im wesentlichen verneint werden. Es gibt weder auf dem Gebiete des Tastens, noch auf dem des Hören und Riechens entsprechende Tatsachen. So interessant und wichtig die Befunde Antons über Nichtbeachtung einer Körperhälfte sind, sie können deswegen nicht zum Vergleiche herangezogen werden, weil die entsprechenden Fälle beträchtliche Störungen der Sensibilität aufweisen. (Ähnliche Beobachtungen teilt Zingerle mit.) Allerdings kann die Empfindungsstörung, die in dem Falle Zingerles sicher keine vollständige war, allein die Störung nicht erklären, denn die Patienten haben auch die Erinnerung und das Wissen an die betreffende Körperseite eingebüßt. Gleichwohl ist eine Analogisierung mit den Störungen der Depersonalisation nicht möglich. Der Depersonalisierte beachtet seine Störung.

Die Patienten von Rosenberg, bei welchen eine bestimmte Leistung, die Orientierung von rechts und links verloren gegangen ist, zeigen negativistische

[1]) Wer sich hierfür interessiert, sei auf das Buch Bechers verwiesen, vor allem aber auf die Ausführungen Bergsons.

Züge, sie sagen, z. B. nach der linken Hand befragt: „Ich habe keine linke Hand". Aber auch diese Analogie ist eine oberflächliche und führt sachlich nicht weiter.

Es ergibt sich also die Forderung, nach einschlägigen Störungen systematisch zu suchen[1]).

Es erübrigt nach Störungen des Handelns zu suchen, welche man unserer Gruppe zuordnen könnte. Es liegt ein sehr interessanter Fall von Goldstein vor, welcher eine Apraktische betrifft (schon Pick hat in diesem Zusammenhang auf ihn verwiesen). An dem betroffenen Arme bestehen Tastlähmung und apraktische Störungen. Sie empfindet den Arm als von ihrer Willenskraft getrennt: „Das sind ja zweierlei Menschen, der Arm und Ich". Goldstein gibt an, es hätte jedes Willensgefühl für die mit der linken Hand ausgeführten Bewegungen gefehlt. „Es war immer von neuem überraschend, wenn die Patientin auch bei denjenigen Bewegungen, die sie auf Geheiß leidlich richtig machte, erklärte, daß nicht sie sie mache, sondern die Hand, daß es nicht ihr Wille sei, der die Bewegungen leite." Diese Beobachtung ist deswegen schwierig zu deuten, weil eine Reihe von Störungen vorliegt.

Die Patientin bezeichnet bereits ihren Arm als nicht zu ihr gehörig. Immerhin könnte daran gedacht werden, daß es sich nicht um eine Tastlähmung, sondern um eine Depersonalisation des Tastens handle. Doch ist diese Vermutung deswegen nicht ohne weiteres aufrecht zu halten, weil schwere objektive Ausfälle der Sensibilität bestehen.

Es fragt sich also, was vorliegt, wenn die Patientin eine intendierte Bewegung wirklich ausführte. Ein Wollen muß jedenfalls vorausgehen, denn sonst würde ja der Arm ruhig bleiben.

Es sind nun folgende Möglichkeiten vorhanden:

Die Patientin wollte und vollzog diesen Akt in unechter Weise. Deshalb bezeichnet sie sich als willenlos in bezug auf den Arm. Oder: sie erkennt auch den richtig vollzogenen Akt nicht an, weil sie Teilakte nicht mehr im Willensfelde hat, weil die Richtigkeit der Ausführung dem Zufall überlassen blieb. Schließlich könnte sie ihn verleugnen, weil er ihr nicht die entsprechenden Empfindungen vermittelte. Eine sichere Entscheidung zwischen diesen Möglichkeiten kann nicht getroffen werden, doch halte ich die erstere für die unwahrscheinlichste und damit ist eine Verwertbarkeit des Falles für die Theorie der Depersonalisation in Frage gestellt.

Das ist alles, was ich an Material betreffs der hirnphysiologischen Deutung der Depersonalisation zusammentragen konnte. Vielleicht wird ein gründlicheres Literaturstudium noch einiges ergeben, was hierher gehört. Eine Reihe von Fragestellungen für künftige Untersuchungen hat sich ergeben. Die sicheren Resultate sind gering. Es ist das Ziel dieser Ausführungen auf einen Weg zu verweisen, der vielleicht doch einmal zu reicheren Resultaten führen könnte.

[1]) Die Erscheinungen der funktionellen Dyschirie, Achirie und Allochirie (Jones) sind den Erscheinungen der Depersonalisation in jeder Hinsicht sehr nahe verwandt.